

**DIE BEDEUTUNG VON TRENNUNGS-
UND VERLUSTEREIGNISSEN
IN DER KINDHEIT
FÜR DAS AUFTRETEN
VON PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN
IM ERWACHSENENALTER**

Wolfgang Möhrle



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität München
Direktor: Prof. Dr. H. Hippus

DIE BEDEUTUNG VON TRENNUNGS- UND VERLUSTEREIGNISSEN
IN DER KINDHEIT
FÜR DAS AUFTRETEN VON PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN
IM ERWACHSENENALTER

Inaugural Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
in der gesamten Medizin
an der
Ludwigs-Maximilians Universität zu München

vorgelegt von

WOLFGANG MÖHRLE

München
1984

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der
Universität München

Berichterstatter:	Priv. Doz. Dr. M. Fichter
Mitberichterstatter:	Prof. Dr. H. Hippus
Dekan:	Prof. Dr. W. Spann
Tag der mündlichen Prüfung:	30. 5. 1986

Meinen Großeltern Sophie und Karl Appenzeller
zum Gedenken

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
1. Einleitung	3
2. Stand der Forschung	4
3. Ziel der Arbeit	16
4. Methodischer Rahmen	17
4.1. Bemerkungen zur Fallidentifikation	17
4.2. Das Erhebungsinstrument	19
4.2.1. Das Klinisch-Psychiatrische Interview nach GOLDBERG	19
4.2.2. Bestimmung des Schweregrades für das Klinisch-Psychiatrische Interview nach GOLDBERG	21
4.3. Bestimmung der Reliabilität für das Klinisch-Psychiatrische Interview nach GOLDBERG	23
4.4. Validität des Klinisch-Psychiatrischen Interviews nach GOLDBERG	24
4.5. Demographische Charakterisierung der drei Untersuchungsorte	25
4.6. Datenerhebung und Charakterisierung der untersuchten Variablen	28
4.6.1. Datenerhebung	28
4.6.2. Charakterisierung der untersuchten Variablen	32

5.	Ergebnisse	39
5.1.	Soziodemographische Charakterisierung der Stichprobe	39
5.2.	Ergebnisse aus der Berechnung des relativen Risikos	44
5.3.	Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse	63
6.	Diskussion	76
7.	Zusammenfassung	89
8.	Literaturverzeichnis	98

1. EINLEITUNG

Welchen Einfluß haben Trennungs- und Verlustereignisse in der Kindheit auf die psychische Gesundheit im Erwachsenenalter?

Bei vielen erwachsenen Patienten, die an einer psychischen Erkrankung leiden, lassen sich bestimmte Trennungs- und Verlustereignisse als Ursache bzw. als Belastungsfaktor für das Auftreten der Krankheit interpretieren. Andererseits finden sich solche Faktoren auch bei Personen, die offensichtlich nicht an einer psychischen Krankheit leiden. Man kann die Frage aufwerfen, ob es überhaupt bestimmte Ereignisse für ein Kind gibt, die als allgemeine Risikofaktoren im Hinblick auf eine spätere psychische Erkrankung angesehen werden können oder ob bestimmte Ereignisse für den einen negative und für den anderen positive Auswirkungen hinsichtlich seiner psychischen Gesundheit haben, gemäß dem chinesischen Sprichwort, wonach Feuer zwar Holz verbrennt, jedoch Eisen härtet.

Geht man von der Hypothese aus, daß es tatsächlich Faktoren in der Kindheit gibt, die zumindest Teile einer multifaktoriellen Ätiologie einer psychischen Erkrankung darstellen, so liegt ein großes Problem darin, diese Faktoren zu erkennen und in ihrer ätiologischen Bedeutung einzuschätzen.

2. STAND DER FORSCHUNG

F. BROWN (1961) zeigte in einer Studie, daß 41% einer Gruppe von depressiven Patienten mindestens einen Elternteil vor dem fünfzehnten Lebensjahr verloren hatten, verglichen mit 19,6% bei einer Vergleichsgruppe, die sich aus Patienten einer Allgemeinarztpraxis zusammensetzte. FORREST und Mitarbeiter (1965) sowie DENNEBY (1966) kamen zu ähnlichen Ergebnissen. MUNRO (1966) jedoch fand keinen signifikanten Unterschied zwischen Depressiven und Probanden aus einer Kontrollgruppe bezüglich eines Verlusterlebnisses in der Kindheit.

Bei einer Untersuchung der Daten von 291 psychiatrischen Patienten fanden BECK und Mitarbeiter (1963), daß schwer depressive Patienten gegenüber leicht depressiven und Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen zu einem wesentlich höheren Anteil vor dem vierten Lebensjahr Elternverlust erlitten hatten. Hier und in den folgenden Abschnitten wird unter Elternverlust immer der Verlust von mindestens einem Elternteil verstanden; unter Verlust wird - sofern nicht näher definiert - sowohl Trennung durch Tod der Eltern als auch durch andere Ursachen wie z.B. Scheidung verstanden.

GREGORY (1966) errechnete anhand von Versicherungsstatistiken die Wahrscheinlichkeit, mit der Männer und Frauen in den darauffol-

genden fünfzehn Jahren sterben würden, und verglich die wahrscheinliche Sterberate mit der tatsächlichen Sterberate der Eltern von 321 psychiatrischen Patienten. Es wurde kein signifikanter Unterschied zwischen der tatsächlichen und der erwarteten Häufigkeit von Todesfällen festgestellt.

Eine Studie über den Zusammenhang von Trennung in der Kindheit (hier: physische Trennung von mindestens einem Elternteil oder von Geschwistern, die länger als acht Monate andauerte) und Selbstmordversuchen ergab, daß Patienten, die einen Suizidversuch unternommen hatten, während ihrer Kindheit gegenüber einer Kontrollgruppe von nicht suizidalen Patienten signifikant häufiger eine Trennung erlebt hatten. Die Differenz hatte die höchste Signifikanz, wenn die Trennung in den ersten sieben Lebensjahren stattgefunden hatte (LEVI, 1966). GAY & TONGE (1967) stellten beim Vergleich von psychiatrischen Patienten, die während der Kindheit ein Trennungserlebnis gehabt hatten, mit psychiatrischen Patienten, die ein solches Erlebnis nicht gehabt hatten, fest, daß reaktive Depressionen mit Trennungen vom gegengeschlechtlichen Elternteil assoziiert waren, während andere Neuroseformen mit dem Verlust des gleichgeschlechtlichen Elternteils zusammenhängen.

Bei Patienten mit Neurosen und Persönlichkeitsstörungen kam Mut-

terverlust während der ersten fünf Lebensjahre, Vaterverlust während dem fünften und dem vierzehnten Lebensjahr häufiger vor.

Ein Vergleich der Inzidenz von Elternverlust in der Kindheit bei 1483 depressiven und bei 1059 nicht depressiven psychiatrischen Patienten durch HILL & PRICE (1967) ergab, daß die depressiven Patienten vor dem fünfzehnten Lebensjahr weit häufiger ihren Vater verloren hatten als die nicht depressiven Patienten. Der Unterschied war bei weiblichen Patienten, die ihren Vater zwischen dem zehnten und dem vierzehnten Lebensjahr verloren hatten, am größten. Kein Unterschied zwischen den beiden Patientengruppen konnte hinsichtlich des Verlustes der Mutter festgestellt werden.

HILL (1969) fand einen statistisch signifikant höheren Anteil von frühem Elternverlust bei Depressiven, die einen Selbstmordversuch unternommen hatten. HILL diskutierte in diesem Zusammenhang die Frage, ob Suizidalität sekundär mit frühem Elternverlust und schwerer Depression assoziiert sei.

BIRCHNELL (1970d) vertrat dagegen die Ansicht, daß der Verlust von Elternteilen während der Kindheit zu beidem führen könne, zu schwerer Depression und - unabhängig davon - zu Suizidalität.

MUNRO & Mitarbeiter (1969) interviewten 279 psychiatrische Pa-

tienten und als Kontrollgruppe 100 Patienten eines Allgemeinkrankenhauses. Die Autoren fanden folgende Ergebnisse: Depressive, die stationär behandelt wurden, hatten bis zu ihrem fünfzehnten Geburtstag häufiger ihre Mutter verloren als die Probanden der Kontrollgruppe. Bei schizophrenen Patienten fand sich keine erhöhte Elternmortalität während der Kindheit. Bei keiner Diagnosegruppe wurde eine erhöhte Mortalitätsrate des Vaters während der Kindheit gefunden. Keine Diagnosegruppe zeigte irgendeine statistisch signifikante Häufigkeit von Elternverlust während eines bestimmten Abschnittes in der Kindheit.

BIRTCHNELL und Mitarbeiter (1970c) beobachteten, daß die Inzidenz von frühem Elternverlust bei schwer depressiven Patienten statistisch signifikant höher lag als bei leicht depressiven Patienten; dafür war vor allem die hohe Rate von frühen Mutterverlusten verantwortlich. Derselbe Autor (BIRTCHNELL, 1970a) verglich die Inzidenz von Elternverlust bei 500 Patienten eines psychiatrischen Krankenhauses mit der Inzidenz von Elternverlust bei Probanden einer Kontrollgruppe, die nach dem Patientenregister eines Allgemeinarztes zusammengestellt worden war. Er fand, daß die Inzidenz von Elternverlust (durch Tod) vor dem zehnten Lebensjahr der Probanden bei der Patientengruppe statistisch signifikant höher war. Die deutlichste Differenz zwi-

schen Patienten- und Kontrollgruppe ergab sich, wenn Töchter in ihren ersten vier Lebensjahren Vater- oder Mutterverlust erlitten hatten; weiterhin stellte der Autor fest, daß sich das Durchschnittsalter der Eltern von Probanden aus Patienten- und Kontrollgruppe, die Elternverlust erlitten hatten, nicht statistisch signifikant unterschied; ebensowenig das Durchschnittsalter bei der Geburt der Probanden. BIRTCHNELL zog daraus den Schluß, daß der Tod der Eltern in der Kindheit und nicht das Alter der Eltern die primäre Ursache für die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen darstellt.

CROOK & RASKIN (1975) interviewten 115 stationäre Patienten einer psychiatrischen Klinik, die an Depressionen litten und einen Selbstmordversuch unternommen hatten; weiterhin wurden 115 nicht suizidale Depressive und 285 gesunde Probanden interviewt. Es zeigte sich, daß die Inzidenz von Elternverlust (durch Tod) bei den suizidalen Depressiven, bei den nicht suizidalen Depressiven und bei den gesunden Probanden beinahe gleich war. Suizidale depressive Patienten unterschieden sich von den gesunden Probanden nicht durch frühen Elternverlust, sondern durch Faktoren wie Ehestreitigkeiten der Eltern und pathologische familiäre Verhaltensmuster.

BIRTCHNELL (1978) führte eine Untersuchung mit Hilfe des MMPI

(Minnesota Multiphasic Personality Inventory) durch und fand, daß Hypochondrie mit frühem Tod des Vaters, und Paranoia sowohl mit frühem Vater- als auch mit frühem Mutterverlust korrelierte; weiterhin beobachtete der Autor, daß der frühe Verlust eines Elternteils eher den Schweregrad einer Depression beeinflusste als daß er eine Disposition zur Entwicklung einer solchen förderte.

ROY (1981) vertrat dagegen die Auffassung: "Elternverlust vor dem siebzehnten Lebensjahr kann die Wahrscheinlichkeit erhöhen, daß sich eine Depression entwickelt. Solch ein Elternverlust scheint ein Vulnerabilitätsfaktor zu sein, der einige Personen für Depressionen prädestiniert, entweder während eines belastenden Lebensabschnittes oder, wenn über längere Zeit hinweg Schwierigkeiten auftreten".

In einer Übersichtsarbeit konnte NELSON (1982) zeigen, daß vor allem bei schwer depressiven Patienten wesentlich häufiger in der Kindheit der Vater bzw. die Mutter verstorben war als bei nicht depressiven Patienten bzw. einer Kontrollgruppe aus der Allgemeinbevölkerung. Einen analogen Zusammenhang fand NELSON (1982) bei suizidalen Patienten.

Es ist offensichtlich, daß die Ergebnisse der einzelnen Unter-

suchungen teilweise erheblich voneinander abweichen. Eine mögliche Ursache könnte darin liegen, daß diese Studien mit ambulanten oder stationären Patienten von psychiatrischen Anstalten durchgeführt worden sind. PERTONI (1970) schreibt in diesem Zusammenhang: "...es ist bekannt, daß unterschiedliche Anstalten unterschiedliche Patientenzirkel anziehen. Ambulante und stationäre Patienten unterscheiden sich im Durchschnittsalter, der Geschlechtsverteilung und möglicherweise in der sozialen Schicht."

Weiterhin ist zu bedenken, daß auch Überweisungsverfahren zu bestimmten Krankenhäusern eine einseitige Zusammensetzung der Untersuchungsgruppen zur Folge haben können.

Auch bei Studien, bei denen Diagnosen nachträglich mit Hilfe von alten Fallberichten unterschiedlicher Psychiater erstellt worden sind, kann nicht immer von einheitlichen Diagnosekriterien ausgegangen werden; so geschehen bei DENNEBY (1966), MUNRO (1966) und BIRTCHNELL (1970a, 1970b).

Die Ergebnisse von Studien, bei denen Patienten der Chirurgie oder der Inneren Medizin als Probanden für die Kontrollgruppe herangezogen wurden, könnten nach TENNANT und Mitarbeitern (1980a) durch die Tatsache verfälscht sein, daß diese Patienten eine erhebliche psychiatrische Morbidität aufweisen und dadurch "...der Unterschied zwischen Versuchs- und Kontrollgruppe verwischt wird" (vergl. TENNANT et al., 1980a).

Diese bei institutionell behandelten Patienten gegebenen Nachteile können vermieden werden, wenn der Zusammenhang zwischen frühkindlichen Verlustereignissen und psychischen Erkrankungen in einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe untersucht wird. Diesbezüglich liegen bislang nur sehr wenige Studien vor.

LANGNER & MICHAEL (1963) führten eine Studie durch, die sich auf Daten von 1600 überwiegend weißen erwachsenen Probanden aus der Normalbevölkerung stützte. Die Probanden wohnten im Nicht-Puerto-rikaner Viertel von Manhattan in New York City. Es zeigte sich, daß Probanden, deren Familie vor ihrem siebten Lebensjahr durch den Tod der Eltern oder aus anderen Gründen auseinandergebrochen war, häufiger psychiatrische Symptome hatten, als aus den Durchschnittswerten erwartet werden konnte. Diese Relation war am deutlichsten für Probanden, die der untersten sozialen Schicht angehörten. Dagegen unterschieden sich Probanden, deren Familie zwischen ihrem siebten und ihrem sechzehnten Lebensjahr auseinandergebrochen war, nicht bezüglich der psychiatrischen Symptomatik von Probanden, deren Familie während ihrer ganzen Kindheit zusammengeblieben war.

GEORGE BROWN und Mitarbeiter (1977) verglichen depressiv Erkrank-

te mit Gesunden in einer Bevölkerungsstichprobe von 458 Londoner Frauen zwischen 18 und 65 Jahren. Es zeigte sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen Depressionen und Verlust der Mutter vor dem elften Lebensjahr. Kein signifikanter Unterschied zeigt sich jedoch, wenn der Verlust der Mutter nach dem elften Lebensjahr erfolgte und - gleichgültig in welcher Altersstufe - wenn die Probanden den Vater verloren hatten.

TENNANT und Mitarbeiter (1980a, 1980b, 1981, 1982a, 1982b) führten eine Studie über die Beziehung zwischen Verlust der Eltern in der Kindheit und psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter durch.

Die Probanden setzten sich einerseits aus einer repräsentativen Stichprobe von 800 18- bis 64-jährigen Personen in Camberwell zusammen, andererseits aus 74 ambulant psychiatrisch behandelten Patienten, die zufällig aus dem Camberwell Fallregister (WING & HAILEY, 1972) ausgewählt worden waren:

In der Bevölkerungsstichprobe zeigte sich, daß weder der Tod des Vaters noch der Tod der Mutter die Rate psychischer Erkrankungen (bestimmt mit Hilfe des PSE von WING et al., 1974) beeinflusste. Die Tatsache, ob die Eltern vor dem zehnten Lebensjahr der Probanden oder zwischen dem elften und dem achzehnten Lebensjahr verstorben waren, hatte ebenfalls keine Bedeutung (TENNANT et al., 1981).

Die Kontrolle weiterer möglicher Einflußfaktoren wie Alter, Geschlecht, Familienstand, kulturelle Herkunft und soziale Schicht, ergab in keinem Fall einen statistisch signifikanten Zusammenhang. Wenn Kindheitsfaktoren wie soziale Schicht des Vaters, Alter der Mutter bzw. des Vaters bei der Geburt, und Geschwisterreihe kontrolliert wurden, ergab sich ebenfalls kein statistisch signifikanter Zusammenhang.

Bei der Gruppe der ambulant psychiatrisch behandelten Patienten war der Anteil bei denjenigen, deren Vater bzw. deren Mutter verstorben war, im allgemeinen sogar niedriger als bei den psychisch Gesunden wie auch psychisch Kranken in der Allgemeinbevölkerung. Die Probandengruppe jedoch, die zwischen ihrem elften und ihrem achzehnten Lebensjahr das Verlusterlebnis hatte, bildete eine Ausnahme, da dieser Anteil bei den Patienten mit 15.5% deutlich stärker vertreten war als bei den psychisch Gesunden (6.5%). Wenn man andere Trennungsergebnisse (von mindestens einwöchiger Dauer), wie z.B. Trennung von den Eltern durch Krankenhaus- oder Internatsaufenthalte oder Scheidung der Eltern berücksichtigt, so findet sich bei den in der Bevölkerungsstichprobe identifizierten psychisch Kranken kein signifikanter Unterschied.

Eine Regressionsanalyse ergab, daß bezüglich der abhängigen Variable "Schweregrad der psychischen Erkrankung" Verlust- und De-

privationserlebnisse in der Kindheit nur 5% der Gesamtvarianz erklären (TENNANT et al., 1982a).

Die nicht durch Tod verursachte Trennung zwischen Eltern und Kind spielte dagegen bei den ambulant behandelten psychiatrischen Patienten eine wichtige Rolle.

DOHRENWEND & FIGUEREIDO (1983) berichten über eine Studie, bei der sie eine nach sozialer Schicht und ethischer Herkunft geschichtete Bevölkerungsstichprobe, bestehend aus 166 Einwohnern aus Manhattan (New York City), mit der Fragestellung untersucht hatten, inwieweit Verlusterlebnisse vor dem neunzehnten Lebensjahr bezüglich Ereignissen eine Rolle gespielt haben, die sich in den letzten zwölf Monaten vor dem Probandeninterview ereignet hatten. Als Indikator für psychische Erkrankungen verwendeten sie acht Skalen der PERI-Symptom-Scale (DOHRENWEND et al., 1980), mit denen u.a. das Ausmaß von "Demoralization" gemessen wird.

Bei Probanden, die einen oder beide Eltern vor dem elften Lebensjahr verloren hatten, war die Rate psychisch Auffälliger mit 25.0% deutlich höher als bei denjenigen, die während ihrer Kindheit bei beiden Eltern aufgewachsen waren (12.6%). Diese erhöhten Raten fanden sich jedoch nicht, wenn die Probanden ihre Eltern zwischen dem elften und dem neunzehnten Lebensjahr verloren hatten.

Diese Ereignisse müssen jedoch wegen der geringen Fallzahl (19 Probanden) und der hohen Ausfall- und Verweigerungsquote von ungefähr 50% relativiert werden.

Worin liegt nun der Sinn der hier vorgestellten Arbeit über die Auswirkungen von Trennungs- und Verlusterlebnissen in der Kindheit?

Mir scheint es, neben der Tatsache, daß die bisherigen Forschungsergebnisse zu diesem Thema sehr unterschiedlich sind und sich teilweise sogar direkt widersprechen, besonders wichtig darauf hinzuweisen, daß es seit Bestehen der Bundesrepublik Deutschland noch keine psychiatrisch-epidemiologische Untersuchung zu diesem Thema gegeben hat. Das im Rahmen dieser Arbeit vorgestellte Projekt (begonnen 1975) ist die erste psychiatrische epidemiologische Feldstudie in Deutschland seit den Studien von BRUGGER (1931, 1933, 1937).

Vor allem aber ist die nähere Kenntnis eventueller Gefahren für die psychische Gesundheit wichtig für die psychiatrische Prävention mit ihrem Bestreben, die Gefahr seelischer Fehlentwicklungen und Erkrankungen herabzusetzen.

3. ZIEL DER ARBEIT

Die hier vorgelegte Arbeit ist im Rahmen des SONDERFORSCHUNGSBE-
REICHS 116 PSYCHIATRISCHE EPIDEMIOLOGIE, Außenstelle München,
entstanden.

Das Ziel dieser Arbeit ist es, mit Hilfe der von Probanden aus
drei oberbayerischen Gemeinden gewonnenen Daten herauszufinden,
ob bestimmte Trennungs- und Verlusterlebnisse, die sich in der
Kindheit der Probanden ereignet haben, für bei Probanden diagno-
stizierte psychische Erkrankungen ätiologisch von Bedeutung sind.

Vor der Darstellung der erzielten Ergebnisse soll in den folgen-
den Kapiteln ausführlich auf den methodischen Rahmen eingegangen
werden.

4. METHODISCHER RAHMEN

4.1. Bemerkungen zur Fallidentifikation

Bei einer psychiatrisch-epidemiologischen Studie, die mit Hilfe eines standardisierten psychiatrischen Interviews durchgeführt wird, liegt das Hauptproblem in der Fallidentifikation. Bei der Anwendung eines solchen Interviews ist es besonders wichtig, daß die Beurteilung eines bestimmten Probanden durch verschiedene Interviewer möglichst einheitlich erfolgt und daß damit das Erhebungsinstrument ein hohes Maß an Reliabilität aufweist.

Dabei muß berücksichtigt werden, daß sich die Interviewsituation von der in psychiatrischen Kliniken üblichen Explorationen unterscheidet. Das klinische Interview muß auch für Personen akzeptabel sein, die sich nicht als psychiatrisch auffällig ansehen. Weiterhin muß es möglichst zeitökonomisch sein, so daß zahlreiche Probanden untersucht werden können und ausreichende Informationen über Symptome liefern und somit eine diagnostische Bestimmung möglich ist.

Diese Kriterien werden von dem von GOLDBERG und Mitarbeitern (1970) entwickelten halbstrukturierten Interview in hohem Maße erfüllt. Da das GOLDBERG-Interview bereits in England erfolgreich angewendet wurde und auch im deutschsprachigen Raum (ZINTL-

WIEGAND et al., 1978; DILLING et al., 1978) entsprechende Ergebnisse aus Untersuchungen in Allgemeinpraxen vorliegen, entschied man sich bei diesem Projekt für dieses Instrument (vergl. DILLING & WEYERER, 1980).

4.2. Das Erhebungsinstrument

4.2.1. Das Klinisch-Psychiatrische Interview nach GOLDBERG

Die folgenden Ausführungen (Kap. 4.2 bis 4.5) sind dem Bericht an die Deutsche Forschungsgemeinschaft über das Projekt A 10 (DILLING & WEYERER, 1980) entnommen.

Das Klinisch-Psychiatrische Interview nach GOLDBERG setzt sich aus folgenden fünf Abschnitten zusammen:

- Es wird im Rahmen eines freien Interviews eine Anamnese des derzeitigen Krankheitszustandes erhoben; dabei soll ein guter Kontakt zwischen Forschungspsychiater und Proband hergestellt werden.
- Es werden die in den letzten sieben Tagen aufgetretenen Beschwerden aufgezeichnet und jedes Symptom anhand einer fünfstufigen Rating-Skala beurteilt. Die Skala reicht von 0 (= Symptom nicht vorhanden) bis 4 (=Symptom häufig und stark vorhanden). Zur Erfassung dieser Symptome werden die Angaben der Probanden zugrundegelegt: Körperliche Symptome, Hypochondrie, Müdigkeit, Schlafstörungen, Hypnotikagebrauch, Reizbarkeit, Konzentrationsmangel, Depression, depressive Gedanken, Angst, Phobie, Zwang und Depersonalisation.

- Während des Interviews bemerkte Auffälligkeiten des Verhaltens, der Stimmung, der Wahrnehmung und des Denkens werden wiederum auf einer fünfstufigen Skala eingeschätzt: Langsam, abwehrend, demonstrativ, depressiv, ängstlich, gehoben, affektiv verflacht, Wahn, Halluzinationen und gestörte Intelligenz.
- Als zusätzliche Möglichkeit zur Fallidentifikation wird ein Summenscore gebildet, wobei die subjektiven Symptome einfach, bemerkte Auffälligkeiten doppelt gewichtet werden.
- Alle wichtigen Punkte zur Familien- und Sozialanamnese werden notiert.

4.2.2 Bestimmung des Schweregrades für das Klinisch-Psychiatrische Interview nach GOLDBERG

Jeder Fall wird in einem freien, nach einigen Hauptpunkten gegliederten Bericht zusammengefaßt. Für Vergleichszwecke werden Haupt- und Nebendiagnose nach dem Internationalen Klassifikationsschema Psychiatrischer Krankheiten (ICD, 8. Revision) gestellt und der klinische Schweregrad auf einer fünfstufigen Skala beurteilt:

- 0 = keine Beeinträchtigung
- 1 = leichte Beeinträchtigung, keine medizinische Intervention notwendig.
- 2 = mäßige Beeinträchtigung, in der Regel allgemeinärztliche Behandlung erforderlich.
- 3 = starke Beeinträchtigung, in der Regel ambulante psychiatrische Behandlung erforderlich.
- 4 = sehr starke Beeinträchtigung, in der Regel stationäre Behandlung erforderlich.

Die von GOLDBERG vorgeschlagene Zuordnung von Behandlungsinstitutionen, bezogen auf die einzelnen Schweregrade, ist nur als allgemeine Richtschnur für die Interviewbeurteilung aufzufassen. Im Einzelfall ist es durchaus denkbar, daß beispielsweise ein

stark beeinträchtigter oligophrener Proband (Schweregrad 3) gut in seine Familie integriert ist und gegenwärtig keine psychiatrische Behandlung erforderlich ist. Umgekehrt findet man vereinzelt Probanden, die aufgrund einer kontinuierlichen psychiatrischen Behandlung weitgehend symptomfrei sind. In diesem Fall wurde trotz fehlender Symptomatik eine psychiatrische Diagnose mit einem Schweregrad ≥ 2 gestellt, wenn aufgrund der Anamnese evident war, daß der Proband ohne Therapie deutliche Symptome zeigen würde.

Der klinische Schweregrad bezieht sich ebenso wie der Schweregrad der Symptome auf den gegenwärtigen Zustand (letzte sieben Tage) des Probanden.

4.3 Bestimmung der Reliabilität für das psychiatrische Interview nach GOLDBERG

Bezogen auf das GOLDBERG-Interview wird der Begriff Reliabilität - abweichend vom testtheoretisch üblichen - im Sinn von Bedeutungsübereinstimmung gebraucht.

Zur Prüfung der Reliabilität wurden mit Hilfe des GOLDBERG-Interviews 20 Patienten der Psychiatrischen Universitätsklinik oder Poliklinik München von einem Psychiater interviewt. Die Interviews wurden auf Videoband aufgezeichnet und jedes der 23 Symptome wurde anhand einer fünfstufigen Rating-Skala von den am Projekt beteiligten neun Psychiatern vor und nach der Felduntersuchung beurteilt. Es kann also sowohl die Übereinstimmung der Interviewer untereinander (Interraterreliabilität) als auch die Übereinstimmung jedes einzelnen Interviewers (Intraraterreliabilität) zwischen dem ersten und zweiten Rating ermittelt werden.

Für die Interraterreliabilität ergab sich ein Agreement Score (Mittelwert) von 85%.

Für die Intraraterreliabilität lag der Mittelwert bei 86%.

4.4 Validität des Erhebungsinstrumentes

- Zur externen Validierung siehe DILLING & WEYERER, 1980.
- Korrelation mit validitätsverwandten Variablen (= interne Validierung):

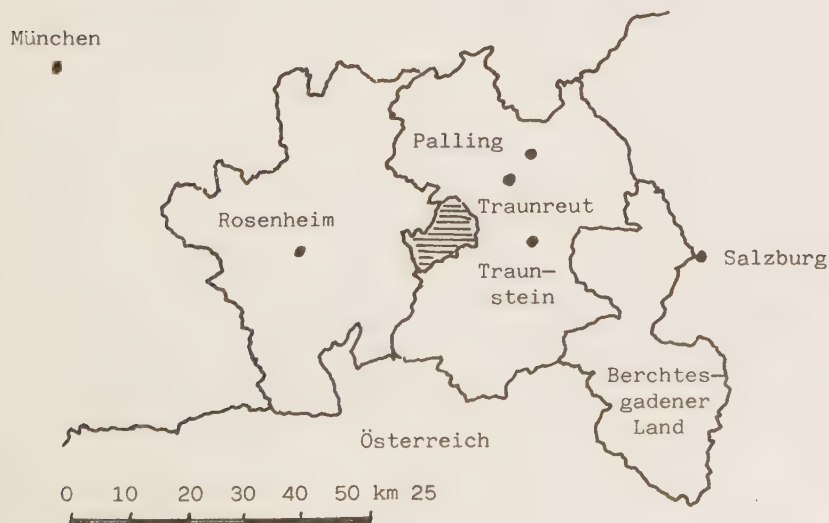
Zwischen dem GOLDBERG-Score (subjektiv) und den Beschwerdenlisten nach LIENERT (1969) ergaben sich Korrelationskoeffizienten von .65 bzw. .66.

Zwischen dem von den Probanden anhand einer fünfstufigen Skala (sehr gut/ gut/ mäßig/ schlecht / sehr schlecht) eingeschätzten allgemeinen Gesundheitszustand und den Beschwerdenlisten bzw. dem GOLDBERG-Score (subjektiv) war der Zusammenhang um .50 schwächer ausgeprägt.

4.5 Demographische Charakterisierung der drei Untersuchungsorte

Die drei in die Untersuchung einbezogenen Orte liegen im Landkreis Traunstein (138 974 Einwohner; Stand 31.12.1974), einer kleinstädtisch-ländlichen Region in Südbayern, etwa 40 Kilometer von Salzburg und 100 Kilometer von München entfernt (Abb. 1). Am 31.12.1982 betrug die Einwohnerzahl 142 269. Obwohl mit den Gemeindedaten 1982 neuere Zahlen vorliegen, bezieht sich das Kapitel 4.5 auf die Werte von 1974, da sie die Verhältnisse zum Zeitpunkt des ersten Querschnittes wiedergeben, auf dem die Variablen "Psychiatrische Diagnose" sowie "Frühere psychiatrische Behandlung" basieren. Näheres hierzu in den Kapiteln 4.6.1 und 4.6.2.

Abb. 1: GEOGRAPHISCHE LAGE DES UNTERSUCHUNGSGEBIETES



Bei einer Fläche von 33 Quadratkilometern hat die Landgemeinde Palling eine Bevölkerung von 1973 Einwohnern (Stand 31.12.1974), die gegenüber dem Jahre 1950 um 15% niedriger ist. Mehr als 60% der Einwohner leben seit ihrer Geburt, ein weiteres Viertel seit über fünf Jahren, im Landkreis Traunstein. Die Mobilität der Bevölkerung war im Jahre 1976 mit jeweils 5% Zugezogenen und Fortgezogenen relativ gering. Etwa 40% der Erwerbstätigen sind in den etwa 240 land- und forstwirtschaftlichen Betrieben beschäftigt, von denen etwa jeder zehnte eine Fläche von über 30 Hektar bewirtschaftet. Nur 6% der über 15-Jährigen leben in Einpersonenhaushalten; die Haushaltsgröße ist mit durchschnittlich vier Mitgliedern recht hoch.

Ende 1974 wohnten in der Stadt Traunstein auf einer Fläche von 36 Quadratkilometern 14 418 Einwohner. Die Bevölkerungszahl nahm gegenüber dem Jahr 1950 um 10% ab. Die überwiegende Mehrheit der Einwohner ist seit über fünf Jahren (54%), immerhin 38% seit ihrer Geburt, im Landkreis Traunstein ansässig. Im Jahre 1976 sind 7% der Bevölkerung zugezogen, 9.5% weggezogen. In der Kreisstadt Traunstein befinden sich zahlreiche Ämter und Dienststellen, u.a. das Landratsamt, das Landgericht, das Amtsgericht, das Arbeitsamt und das Gesundheitsamt. 40% der Erwerbspersonen sind im Dienstleistungsbereich beschäftigt. 15% der Bevölkerung (15 Jahre und

älter) leben in Einpersonenhaushalten. Die durchschnittliche Haushaltsgröße lag bei etwa drei Personen.

Die Stadt Traunreut ist mit 12 655 Einwohnern (Stand 31.12.1974) die zweitgrößte Stadt im Landkreis Traunstein und bei einer Gebietsfläche von vier Quadratkilometern recht dicht besiedelt. Der Ort nimmt insofern eine Sonderstellung ein, da er erst nach dem Zweiten Weltkrieg gegründet wurde. 1950 wohnten dort etwa 1400 Einwohner, 1960 waren es bereits über 5000 und 1970 stieg die Zahl auf etwa 12 000 an, von denen die Mehrzahl Sudetendeutsche, Ost- und Südostdeutsche waren. Der Anteil der Ausländer, zumeist Jugoslawen, lag mit 14% relativ hoch. Nur 27% stammten aus Bayern und 6% aus Berlin und dem übrigen Bundesgebiet.

Im Untersuchungsjahr waren nur 11% der Einwohner seit ihrer Geburt im Landkreis Traunstein ansässig. Die Wanderungsbewegung war im Jahr 1976 mit jeweils 10% Zugezogenen und Fortgezogenen etwa gleich hoch wie in Traunstein. Im Vergleich zu Palling und Traunstein ist der Anteil der 15- bis 44-jährigen Deutschen höher. Vier Fünftel der Erwerbstätigen waren im produzierenden Gewerbe der in Traunreut ansässigen Großbetriebe tätig. Etwa jeder zehnte Traunreuter (15 Jahre und älter) lebte in einem Einpersonenhaushalt; die Haushaltsgröße lag ähnlich wie in Traunstein bei durchschnittlich drei Personen.

4.6 Datenerhebung und Charakterisierung der untersuchten Variablen

4.6.1 Datenerhebung

Die vorliegende Arbeit basiert auf den Daten von 1536 Probanden aus den drei Orten Palling, Traunstein und Traunreut, die anhand der Einwohnerkartei nach Zufallskriterien ausgewählt wurden. Die Verweigerungsrate lag mit 6,8% im Vergleich zu anderen Feldstudien relativ niedrig.

Die Interviews erfolgten in zwei Querschnitten:

- Im ersten Querschnitt wurden in den Jahren 1975 bis 1977 1536 Probanden interviewt (DILLING & WEYERER, 1984).
- Fünf Jahre später konnten 1340 Probanden nachuntersucht werden, 80 waren inzwischen verstorben und 132 verweigerten das Interview oder konnten nicht erreicht werden (Tabelle 1).

Tabelle 1: ANZAHL DER INTERVIEWS IM ERSTEN QUERSCHNITT UND IN DER 5-JAHRES FOLLOW-UP UNTERSUCHUNG IN DREI GEMEINDEN OBERBAYERN

<u>Erster Querschnitt</u>	abs.	%
A Gesamte Stichprobe	1 668	100,0
B Interviewte Probanden	1 536	92,1
C Verweigerer / Ausfälle	132	7,9

Zweiter Querschnitt (5-Jahres Follow-up)

Interviewte Probanden von B	1 340	87,2
Interviewte Probanden von C	43	32,6
Interviewte Probanden von A	1 383	82,9
Verweigerer / Ausfälle von A	205	12,3
Verstorben von A	80	4,8

In beiden Untersuchungen erfolgte die Fallidentifikation mit Hilfe des von GOLDBERG und Mitarbeitern (1970) am Institute of Psychiatry in London entwickelten Interviews, das speziell zum Gebrauch in Feldstudien konzipiert wurde.

Das Interview wurde bereits im Kapitel 4.2.1 näher beschrieben. Die in diesem Zusammenhang wichtige Problematik der Fallidentifikation wurde im Kapitel 4.1 erörtert und auf die Reliabilität und die Validität des Erhebungsinstrumentes wurde in den Kapiteln 4.3 und 4.4 eingegangen.

Die anhand der Einwohnerkartei zufällig ausgewählte Stichprobe deckt sich weitgehend mit der Wohnbevölkerung, wie sie vom Bayerischen Statistischen Landesamt (Gemeindedaten 1975) definiert wird.

Ein Vergleich der Geschlechts- und Altersverteilung der interviewten Probanden mit den entsprechenden Werten aus der Allgemeinbevölkerung zeigt eine recht gute Übereinstimmung.

Damit kann davon ausgegangen werden, daß hinsichtlich dieser Parameter die für dieses Projekt gezogene Stichprobe für die Gesamtbevölkerung in den drei Orten repräsentativ ist.

NELSON (1982) weist darauf hin, daß in den meisten Untersuchungen die Beurteiler psychischer Erkrankungen über die Verlustereignisse in der Kindheit informiert waren und somit die Möglichkeit

eines Rater-Bias (direkte Kontamination) gegeben ist.

Da dies in der Tat ein großes methodisches Problem darstellt, möchte ich an dieser Stelle anhand eines Beispiels näher auf die direkte Kontamination eingehen:

Man nehme modellhaft eine abhängige Variable X (z.B. ein Verlustereignis in der Kindheit) und eine unabhängige Variable Y (z.B. eine von dem Verlustereignis möglicherweise beeinflusste psychische Erkrankung) an. Will man nun den Einfluß untersuchen, den X auf Y hat und geht man dabei so vor, daß vergangene Ereignisse retrospektiv erfaßt werden, so besteht die Möglichkeit der direkten Kontamination, d.h. unabhängige und abhängige Variable beeinflussen einander durch den Meßvorgang selbst (vergl. KATSCHNIG, 1980). Oder einfacher: Die Kenntnis von Verlustereignissen, die sich in der Kindheit eines Probanden ereignet haben, könnte dazu führen, daß der Interviewer eher eine psychische Störung bei einem Probanden diagnostiziert, als wenn er nichts von belastenden Kindheitsereignissen wüßte.

In dieser Studie konnte dieser Fehler begrenzt werden, da nur im zweiten Querschnitt nach Verlust- und Trennungseignissen in der Kindheit detailliert gefragt wurde. Wenn nun für die abhängige Variable der im ersten Querschnitt ermittelte psychiatrische Befund zugrunde gelegt wird, so ist eine weitgehende Unabhängigkeit zu den im zweiten Querschnitt erhobenen Verlustereignissen

gegeben.

4.6.2 Charakterisierung der untersuchten Variablen

Bei den Variablen "psychische Erkrankungen" unterscheiden wir zwei Hauptgruppen:

- I a Probanden, die zum Zeitpunkt des ersten Querschnittes an einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung (Schweregrad 2-4) litten.
- I b Probanden, die an einer behandlungsbedürftigen Neurose (ICD 300) litten
- I c Probanden, die an einer behandlungsbedürftigen neurotischen Depression (ICD 300.4) litten.
- II a Probanden, die vor dem Zeitpunkt des ersten Querschnittes schon in ambulanter psychiatrischer Behandlung waren.
- II b Probanden, die vor dem Zeitpunkt des ersten Querschnittes schon in stationärer psychiatrischer Behandlung waren.

Bei den im zweiten Querschnitt erhobenen Kindheitsvariablen unterscheiden wir, in welchem Kindheitsabschnitt bis einschließlich des fünfzehnten Lebensjahres die Probanden entweder überwiegend bei den leiblichen Eltern oder überwiegend nicht bei den Eltern aufgewachsen waren (überwiegend bedeutet mehr als die Hälfte des angegebenen Zeitraums).

Von besonderer Bedeutung ist dann die Frage, von wem die Kinder versorgt wurden, wenn sie nicht bei den leiblichen Eltern aufwuchsen. Dabei beschränkten wir uns bei der Auswertung auf Probanden, die

nur bei der Mutter,
nur bei den Großeltern,
bei Adoptiv- oder Pflegeeltern
oder im Heim aufgewachsen waren.

Von den Ursachen, die zur Eltern-Kind Trennung führten, wurde das Ereignis Tod des Vaters bzw. der Mutter (bis 15 Jahre) besonders berücksichtigt.

Da nun der Einfluß von diesen, im zweiten Querschnitt erhobenen Kindheitsvariablen auf die psychiatrische Morbidität und auf die Inanspruchnahme psychiatrischer Dienste untersucht werden sollte, berechneten wir das relative Risiko für eine psychische Erkrankung bzw. für die Inanspruchnahme psychiatrischer Dienste für Probanden, die während ihrer Kindheit nicht überwiegend bei den leiblichen Eltern aufgewachsen sind, bzw. deren Vater oder deren Mutter in der Kindheit gestorben sind.

Die Berechnung des relativen Risikos erfolgt durch die in Tabelle 2 angegebene Formel.

Tabelle 2: RELATIVES RISIKO FÜR PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN BEI
PROBANDEN MIT ELTERNVERLUST IN DER KINDHEIT

		Psychische Erkrankungen im Erwachsenenalter		
		JA	NEIN	GESAMT
Verlustereignisse in der Kindheit	JA	A	B	A + B
	NEIN	C	D	C + D
RELATIVES RISIKO		A	C	
		-----	:	-----
		A + B		C + D

Das relative Risiko von Probanden, die ein Verlustereignis in der Kindheit erlebt hatten, bezieht sich also immer auf Probanden, die kein Verlusterlebnis in der Kindheit hatten (Näheres zur Berechnung des relativen Risikos siehe ALDERSON, 1976; PAYKEL, 1978).

Die Kindheit der Probanden wurde in folgende Altersstufen gegliedert:

- bis einschließlich 3. Lebensjahr
- 4. bis 10. Lebensjahr
- 11. bis 15. Lebensjahr

Trennungs- und Verlusterlebnisse wurden dem Abschnitt 0 bis 15 Jahre zugerechnet, wenn der Proband in mindestens einem der folgenden Lebensabschnitte überwiegend nicht bei den leiblichen

Eltern aufgewachsen ist:

- bis einschließlich 1. Lebensjahr
- 2. bis 3. Lebensjahr
- 4. bis 5. Lebensjahr
- 6. bis 10. Lebensjahr
- 11. bis 15. Lebensjahr

Weiterhin wurden die Daten auf folgende soziodemographische Merkmale hin kontrolliert:

- Geschlecht
- Soziale Schichtung des Probanden

Die Schichtung erfolgte nach der von MOORE & KLEINING (1960) beschriebenen Methode, wobei Ober-, obere und untere Mittelschicht einerseits und obere und untere Unterschicht andererseits zusammengefaßt wurden. Nach der gleichen Methode wurde auch die soziale Schicht des Vaters eingestuft.

Diese Variable wird kontrolliert, da aus ihr Rückschlüsse auf die sozioökonomischen Verhältnisse des Elternhauses während der Kindheit der Probanden gezogen werden können. Eingeschränkt wird die Aussagekraft dieser Variablen durch Probanden, die getrennt von ihrem Vater aufgewachsen sind.

- Alter des Probanden zum Zeitpunkt der Befragung (1. Querschnitt)

Es wurden zwei Altersgruppen gebildet:

a) Probanden im Alter zwischen 15 und 44 Jahren.

b) Probanden, die 45 Jahre und älter waren.

- Untersuchungsort:

Die Landgemeinde Palling, die Verwaltungsstadt Traunstein,
die Industriestadt Traunreut:

- Hausstand:

Proband lebt in einem Einpersonenhaushalt oder in einem
Mehrpersonenhaushalt.

Weiterhin soll mit Hilfe einer multiplen Regressionsanalyse die Bedeutung von soziodemographischen Faktoren der Kindheit, von Trennungs- und Verlusterlebnissen in der Kindheit sowie von soziodemographischen Merkmalen des Erwachsenenalters für das Auftreten einer psychischen Erkrankung im Erwachsenenalter bewertet werden (Näheres zur Methode von multiplen Regressionsanalysen siehe NIE et al., 1975).

Abhängige Variablen (Merkmalsausprägungen siehe Anhang 1):

- Schweregrad der psychischen Erkrankung
- Schweregrad der diagnostizierten Neurose
- Schweregrad der diagnostizierten neurotischen Depression

- Frühere psychiatrische Behandlung ambulant
- Frühere psychiatrische Behandlung stationär

Unabhängige Variablen (Merkmalsausprägung siehe Anhang 1):

- Geschlecht
- Hausstand
- Alter zum Zeitpunkt der Befragung
- Soziale Schicht des Probanden
- Anzahl der Geschwister
- Stellung in der Geschwisterreihe
- Soziale Schicht des Vaters
- Kindheit: Beziehung der Eltern untereinander
- Kindheit: Finanzielle Lage des Elternhauses

Für die unabhängige Variable: Aufgewachsen bei den leiblichen Eltern bzw. nicht bei den leiblichen Eltern wurde eine Dummy-Variable gebildet:

Als Dummy-Variablen bezeichnet man solche unabhängige Variablen, die nominal skaliert sind (Merkmal vorhanden/ Merkmal nicht vorhanden).

In der Dummy-1-Variablen sind also alle Eltern-Kind Trennungen unabhängig von der Ursache enthalten.

Für die besondere Berücksichtigung des Todes der Mutter bzw. des Vaters wurden ebenfalls je eine Dummy-Variable gebildet (Dummy 2

bzw. Dummy 3).

Für je eine abhängige Variable wurden jeweils zwei Regressionsgleichungen berechnet, wobei einmal die Dummy-1-Variable bei den unabhängigen Variablen berücksichtigt wurde und beim anderen Mal die Dummy-2- und Dummy-3-Variablen.

5. ERGEBNISSE

5.1 Soziodemographische Charakterisierung der Stichprobe

Abbildung 2 zeigt, in welchem Altersabschnitt bis zum fünfzehnten Lebensjahr die Probanden überwiegend nicht bei den leiblichen Eltern aufgewachsen sind.

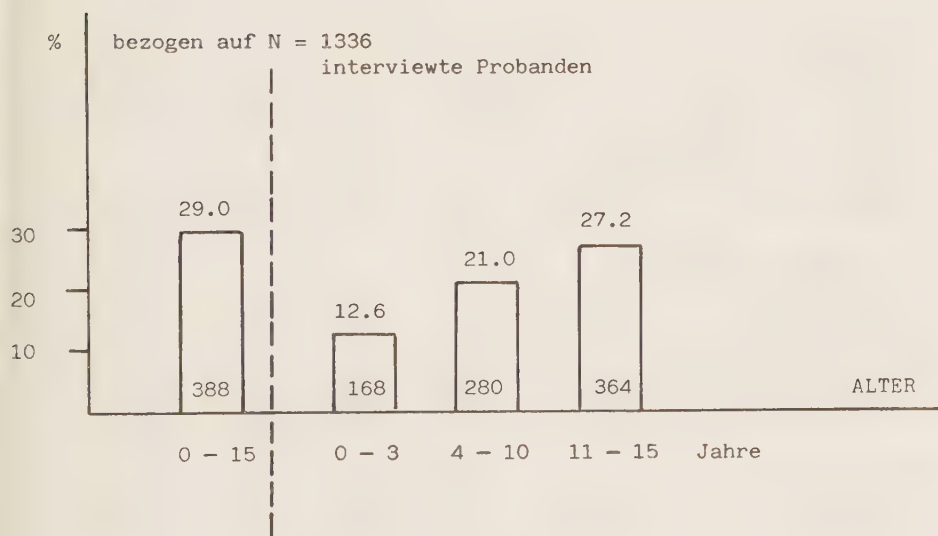


Abb. 2: PROZENTUALER ANTEIL DER PROBANDEN, DIE ÜBERWIEGEND NICHT BEI DEN (LEIBLICHEN) ELTERN AUFGEWACHSEN SIND!

Es zeigt sich, daß dieser Anteil von 12,6% im Abschnitt 0 bis 3 Jahre auf 27.2% im Abschnitt 11 bis 15 Jahre ansteigt.

Da die Lebensabschnitte 0 bis 3 Jahre, 4 bis 10 Jahre und 11 bis 15 Jahre eine Teilmenge des Abschnittes 0 bis 15 Jahre sind, in welchem Trennungen erfaßt sind, die in mindestens einem Kindheitsabschnitt stattgefunden haben (Näheres zur Definition der Alterssytufe 0 bis 15 Jahre findet sich in Kapitel 4.6.2), über-

Tabelle 3: PROZENTUALER ANTEIL DER PROBANDEN, DIE IN DER KINDHEIT ÜBERWIEGEND NICHT BEI DEN (LEIBLICHEN) ELTERN AUFGEWACHSEN SIND

		A l t e r			
		0 - 15	0 - 3	4 - 10	11 - 15
Geschlecht					
männlich (N=606)		30,0	11,7	21,0	28,1
weiblich (N=730)		28,2	13,3	21,0	26,6
Soziale Schicht (Proband)					
Ober-/Mittelschicht (N=740)		26,0	9,7	17,8	24,3
Unterschicht (N=596)		32,9	16,1	24,8	30,9
Soziale Schicht des Vaters					
Ober-/Mittelschicht (N=676)		25,0	8,0	16,7	24,1
Unterschicht (N=628)		30,4	14,3	22,6	27,7
Alter bei Befragung					
15 - 44 Jahre (N=722)		27,7	13,0	20,9	25,6
45 Jahre und älter (N=614)		30,6	12,1	21,0	29,2
Untersuchungsort					
Palling (N=265)		27,6	13,2	18,1	24,5
Traunreut (N=528)		23,9	11,9	18,9	22,0
Traunstein (N=549)		34,8	12,7	24,3	33,7
Hausstand					
Ein-Personenhaushalt (N=131)		27,5	12,2	21,4	27,5
Mehr-Personenhaushalt (N=1205)		29,2	12,6	20,9	27,2

rascht es nicht, daß in diesem Abschnitt der prozentuale Anteil der nicht bei den Eltern Aufgewachsenen mit 29% am höchsten ist.

Während bei Männern und Frauen, jüngeren und älteren Probanden der Prozentsatz der nicht bei den leiblichen Eltern Aufgewachsenen nur geringfügig variiert, findet sich ein überdurchschnittlich hoher Wert bei Probanden, die der Unterschicht angehören und bei Probanden, deren Vater der Unterschicht angehört. Bei den Variablen "soziale Schicht des Probanden" und "soziale Schicht des Vaters" ist zu berücksichtigen, daß diese beiden Variablen sich wechselseitig beeinflussen können. Der Prozentsatz der Probanden aus den drei Untersuchungsorten variiert geringfügig bei Beachtung des ersten Lebensabschnittes, jedoch stärker bei den Abschnitten 4 bis 10 Jahre und 11 bis 15 Jahre, wobei die Probanden aus Traunstein die höchsten Raten an nicht bei den Eltern Aufgewachsenen haben (Tabelle 3).

Tabelle 4: ANZAHL DER PROBANDEN, DIE WÄHREND MINDESTENS EINES LEBENSABSCHNITTES IN IHRER KINDHEIT (0-15 JAHRE) ÜBERWIEGEND NICHT BEI DEN (LEIBLICHEN) ELTERN AUFGEWACHSEN SIND

Aufgewachsen bei

nur der Mutter	198
den Großeltern	63
Adoptiv-/Pflegeeltern	98
im Heim	29
Gesamt	388

Tabelle 4 zeigt, von wem die Kinder versorgt wurden, wenn sie nicht bei den leiblichen Eltern aufgewachsen sind. Diese Werte beziehen sich auf den in Kapitel 4.6.2 definierten Altersabschnitt 0 bis 15 Jahre.

Dabei spielt die Mutter die größte Rolle, danach folgen Adoptiv- oder Pflegeeltern und die Großeltern. Zahlenmäßig die geringste Rolle spielen Kinder, die im Heim aufgewachsen sind.

Von den Ergebnissen, die dazu führen, daß jemand nicht bei den leiblichen Eltern aufwächst, haben wir bei dieser Untersuchung den Tod von Vater oder Mutter gesondert berücksichtigt.

Tabelle 5: PROZENTUALER ANTEIL DER PROBANDEN, DEREN VATER BZW. MUTTER IN DER KINDHEIT (0 - 15 JAHRE) VERSTORBEN IST.

	Tod des Vaters	Tod der Mutter
GESCHLECHT		
männlich	15,7 (93/593)	7,6 (46/608)
weiblich	13,3 (95/715)	7,6 (55/722)
ALTER		
15 - 44 Jahre	13,2 (94/708)	5,5 (40/721)
45 Jahre und älter	15,7 (94/600)	10,0 (61/609)
SOZIALE SCHICHT		
Ober-/Mittelschicht	13,7 (100/730)	6,7 (50/736)
Unterschicht	15,3 (88/577)	8,6 (51/593)
Gesamt	14,4 (188/1308)	7,6 (101/1330)

Es zeigt sich, daß bei den interviewten Probanden, vor allem bedingt durch die beiden Weltkriege, das Ereignis Tod des Vaters (14,4%) etwa zweimal so häufig auftrat wie der Tod der Mutter (7,6%). Eine Unterscheidung nach soziodemographischen Merkmalen ergibt nur geringfügige Unterschiede; bezüglich der über 45-Jährigen war der Anteil derjenigen, bei denen die Mutter verstorben war, erhöht. Der in Tabelle 3 dargestellte Anteil der Unterschichtsangehörigen, die nicht bei den leiblichen Eltern aufgewachsen waren, ist also in erster Linie nicht auf den Tod der Eltern, sondern auf andere Faktoren (wie etwa 'broken home') zurückzuführen.

5.2 Ergebnisse aus der Berechnung des relativen Risikos

Wie in Tabelle 2 dargestellt, gehen in die Berechnung des relativen Risikos jeweils vier Absolutwerte ein. Wir haben aus Gründen der besseren Übersichtlichkeit darauf verzichtet, diese Werte im einzelnen anzugeben. Zur besseren Orientierung haben wir in Tabelle 6 die absolute Häufigkeit psychiatrischer Diagnosen bzw. Behandlungen, unterschieden nach Geschlecht und sozialer Schicht, dargestellt.

Tabelle 6: ANZAHL DER PROBANDEN, BEI DENEN EINE PSYCHISCHE ERKRANKUNG (SCHWEREGRAD ≥ 2) DIAGNOSTIZIERT WURDE BZW. DIE IN AMBULANTER ODER STATIONÄRER PSYCHIATRISCHER BEHANDLUNG WAREN.

		Psychische Erkrankung	Neurose	Neurotische Depression	Psychiatr. Behandlung amb./stat.	
GESCHLECHT						
Männer	(N=606)	82	30	23	26	13
Frauen	(N=730)	155	95	63	80	16
SOZIALE SCHICHT DES PROBANDEN						
Ober-/Mittelschicht						
	(N=740)	103	54	41	49	10
Unterschicht						
	(N=596)	134	75	45	57	19
GESAMT	(N=1336)	237	129	86	106	29

Im folgenden soll untersucht werden, inwieweit die Tatsache, daß Probanden nicht bei den leiblichen Eltern aufgewachsen sind,

a) das Auftreten von psychischen Erkrankungen

und

b) die Inanspruchnahme psychiatrischer Dienste beeinflußt.

Tabelle 7: RELATIVES RISIKO BEI PROBANDEN, DIE ÜBERWIEGEND NICHT BEI DEN (LEIBLICHEN) ELTERN AUFGEWACHSEN SIND

Risiko für eine:	A l t e r			
	0 - 15	0 - 3	4 - 10	11 - 15
Psychische Erkrankung	1,1	1,4*	1,3	1,1
Neurose	1,4*	1,6*	1,5*	1,4*
Neurotische Depression	1,7*	2,0**	1,7*	1,6*
Ambulante psych. Behandlg.	1,7**	1,7*	1,6*	1,5*
Stationäre psych. Behand.	1,2	1,0	0,8	1,3

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Tabelle 7 zeigt das relative Risiko von Probanden, die nicht überwiegend bei den leiblichen Eltern aufgewachsen sind, gegenüber Probanden, die bei ihren Eltern aufgewachsen sind.

Es zeigt sich, daß nicht bei den Eltern Aufgewachsene ein insge-

samt höheres Risiko für das Auftreten einer psychischen Erkrankung haben.

Besonders deutlich erhöht ist die Rate, wenn das Kind in der Altersstufe bis einschließlich drei Jahren nicht überwiegend bei den leiblichen Eltern aufgewachsen ist. Nur für diesen Lebensabschnitt ist das Risiko für das Auftreten einer psychischen Erkrankung signifikant erhöht ($\chi^2 = 4.91$; 1 df; $p \leq 0,05$) (Tabelle 7).

Bei der Untersuchung des relativen Risikos für das Auftreten einer Neurose zeigt sich, daß dieses Neurose-Risiko einen hohen Anteil an dem relativen Risiko für psychische Erkrankungen insgesamt ausmacht (Tabelle 7).

Für alle Kindheitsabschnitte ist das relative Risiko für eine Neurose bei den nicht bei den Eltern Aufgewachsenen statistisch signifikant erhöht, wobei das Risiko bezüglich des Lebensabschnittes 0 - 3 Jahre mit 1,6-fachem Risiko ($\chi^2 = 5.21$; 1 df; $p \leq 0,05$) am höchsten und bezüglich des Lebensabschnittes 11 - 15 Jahre mit 1,4-fachem Risiko ($\chi^2 = 3.96$; 1 df; $p \leq 0,05$) am niedrigsten ist (Tabelle 7).

Weiterhin zeigt sich, daß das relative Risiko für das Auftreten einer neurotischen Depression für die Probanden mit Trennungser-

lebnissen in der Kindheit noch deutlicher erhöht ist als das Risiko für Neurosen insgesamt.

Wiederum ist die Rate bezüglich des Kindheitsabschnittes 0 - 3 Jahre mit zweifachem Risiko ($\chi^2 = 8.00$; df; $p \leq 0,01$) am deutlichsten erhöht (Tabelle 7).

Wenn wir die ambulant psychiatrisch Vorbehandelten berücksichtigen, so findet sich ebenfalls in allen Altersstufen eine signifikant höhere Rate bei denjenigen, die in der Kindheit nicht bei den leiblichen Eltern aufgewachsen sind (Tabelle 7).

Obwohl der Wert für das relative Risiko mit 1,7 für die beiden Altersstufen 0 - 3 Jahre und 0 - 15 Jahre gleich hoch ist, ist bei der Altersstufe 0 - 15 Jahre das Signifikanzniveau höher ($p \leq .001$) als bei der Altersstufe 0 - 3 Jahre ($p \leq .05$). Dies liegt an den unterschiedlichen Fallzahlen, die den beiden Werten zugrunde liegen, wobei immer dann, wenn zwei gleiche Zahlenwerte vorliegen, derjenige Zahlenwert ein höheres Signifikanzniveau erreicht, dem die höheren Probandenzahlen zugrunde liegen.

Wenn wir die stationär psychiatrisch Vorbehandelten betrachten (Tabelle 7), zeigt sich, daß die Raten für das relative Risiko nur bezüglich der Altersstufen 11 - 15 Jahre und 0 - 15 Jahre erhöht sind.

Wegen der insgesamt niedrigen Zahl von Probanden, die in

stationärer psychiatrischer Behandlung waren, sind die Werte für keine Altersstufe signifikant (Tabelle 7).

Im folgenden sollen die oben beschriebenen Ergebnisse für jede der Variablen "psychiatrische Erkrankung", "Neurose", "neurotische Depression" sowie für die Variablen "ambulante" bzw. "stationäre psychiatrische Behandlung" auf soziodemographische Merkmale kontrolliert werden.

Tabelle 8: RELATIVES RISIKO FÜR EINE PSYCHISCHE ERKRANKUNG IM ERWACHSENENALTER BEI PROBANDEN, DIE NICHT ÜBERWIEGEND BEI DEN (LEIBLICHEN) ELTERN AUFGEWACHSEN SIND.

	A l t e r			
	0 - 15	0 - 3	4 - 10	11 - 15
GESCHLECHT				
Männlich	1,1	1,3	1,2	1,2
Weiblich	1,1	1,4	1,3	1,1
SOZIALE SCHICHT DES PROBANDEN				
Ober-/Mittelschicht	1,0	1,3	1,3	0,9
Unterschicht	1,2	1,3	1,2	1,2
SOZIALE SCHICHT DES VATERS				
Ober-/Mittelschicht	1,1	1,6	1,5*	1,1
Unterschicht	1,1	1,2	1,0	1,1

* $p < 0,05$

Bei der Kontrolle der Merkmale "Geschlecht" und "Soziale Schicht des Probanden" bzw. "des Vaters" bezüglich des relativen Risikos

für das Auftreten einer psychischen Erkrankung zeigt sich, daß die Raten von Männern und Frauen, Angehörigen der Ober- und Mittelschicht und Angehörigen der Unterschicht nur geringfügig variieren, wobei die in Tabelle 7 dargestellten Ergebnisse weitgehend bestätigt werden.

Bemerkenswert ist, daß Probanden, deren Vater der Ober- und Mittelschicht angehört, bezüglich der Kindheitsabschnitte 0 - 3 Jahre (1,6) und 4 - 10 Jahre (1,5) höhere Raten aufweisen als Probanden, deren Vater der Unterschicht angehört (1,2 und 0 / Tabelle 8). Die Tatsache, daß der Wert 1,5-faches Risiko statistisch signifikant ist, der Wert 1,6-faches Risiko jedoch nicht, läßt sich durch die höhere Fallzahl begründen, die der Berechnung des ersten Wertes zugrunde liegt.

Tabelle 9: RELATIVES RISIKO FÜR EINE PSYCHISCHE ERKRANKUNG IM ERWACHSENENALTER BEI PROBANDEN, DIE ÜBERWIEGEND NICHT BEI DEN (LEIBLICHEN) ELTERN AUFGEWACHSEN SIND.

ALTER BEI BEFRAGUNG	A l t e r			
	0 - 15	0 - 3	4 - 10	11 - 15
15 - 44 Jahre	1,1	1,5	1,2	1,1
45 Jahre und älter	1,1	1,4	1,3	1,1
HAUSSTAND				
Ein-Personenhaushalt	1,4	1,5	1,1	1,4
Mehr-Personenhaushalt	1,1	1,4*	1,3	1,1
UNTERSUCHUNGORT				
Palling	0,6	0,9	0,6	0,5
Traunreut	1,2	1,7*	1,4	1,2
Traunstein	1,3	1,4	1,5*	1,4

* $p < 0,05$

Die Kontrolle weiterer Merkmale ergibt, daß sich die Raten von jungen und älteren Probanden nur unwesentlich unterscheiden.

Die Raten der Probanden, die alleine wohnen, unterscheiden sich bezüglich des ersten Lebensabschnittes (0 - 3 Jahre) kaum von denen der Probanden, die in einem Mehrpersonenhaushalt leben, jedoch liegen sie etwas höher, wenn wir den Lebensabschnitt 11 - 15 Jahre oder den Abschnitt 0 - 15 Jahre betrachten (Tabelle 9).

Wenn wir die Untersuchungsorte berücksichtigen, fällt auf, daß Probandenn aus Palling bezüglich aller Altersstufen wesentlich niedrigere Raten aufweisen als Probanden aus Traunstein und aus Traunreut. Mit Ausnahme der Altersstufen 0 - 3 Jahre, in der die Probanden aus Traunreut mit 1,7-fachem Risiko ($\chi^2 = 5.74$; 1 df; $p < 0,05$) gegenüber den Traunsteinern mit 1,4-fachem Risiko einen deutlich höheren Wert aufweisen, unterscheiden sich die Raten der Probanden dieser beiden Orte nur geringgradig (Tabelle 9).

Betrachten wir das relative Risiko für das Auftreten einer Neurose bei nicht bei den Eltern Aufgewachsenen und kontrollieren das Geschlecht, so zeigt sich, daß Frauen, die in den Lebensabschnitten 0 - 3 Jahre (1,7-faches Risiko) und 4 - 10 Jahren (1,6-faches Risiko) nicht bei den Eltern aufgewachsen sind, höhere Raten aufweisen als die Männer in den betreffenden Altersstufen (1,3-faches bzw. 1,4-faches Risiko) (Tabelle 9).

Tabelle 10: RELATIVES RISIKO FÜR EINE NEUROSE IM ERWACHSENENALTER
BEI PROBANDEN, DIE NICHT ÜBERWIEGEND BEI DEN (LEIBLICHEN) ELTERN AUFGEWACHSEN SIND.

	A l t e r			
	0 - 15	0 - 3	4 - 10	11 - 15
GESCHLECHT				
Männlich	1,6	1,3	1,4	1,8
Weiblich	1,4	1,7*	1,6*	1,4
SOZIALE SCHICHT DES PROBANDEN				
Ober-/ Mittelschicht	1,5	2,8***	2,0**	1,5
Unterschicht	1,3	0,9	1,1	1,3
SOZIALE SCHICHT DES VATERS				
Ober-/Mittelschicht	1,5	2,2*	2,1**	1,5
Unterschicht	1,2	1,0	0,9	1,2

* p < 0,05

** p < 0,01

*** p < 0,001

Bezüglich des Lebensabschnittes 11 - 15 Jahre haben Männer (1,8-faches Risiko) jedoch höhere Raten als Frauen (1,4-faches Risiko).

Berücksichtigen wir die Schichtzugehörigkeit der Probanden, so zeigt sich, daß Probanden, die der Unterschicht angehören, insgesamt niedrigere Werte aufweisen als Probanden, die der Ober-/Mittelschicht angehören.

Am deutlichsten ist der Unterschied zwischen beiden Gruppen bezüglich der Altersstufe 0 - 3 Jahre, wo die Probanden der Ober-/Mittelschicht mit einem Wert von ca. 2,8 ein hoch signifikant

erhöhtes Risiko haben ($\chi^2 = 13.73$; 1 df; $p < 0,001$) und die Probanden der Unterschicht mit einem .9-fachen Risiko einen niedrigen Wert (Tabelle 10).

Die im Vergleich zu den Männern erhöhten Raten der Frauen bezüglich des Auftretens einer Neurose, finden sich nicht mehr für den Lebensabschnitt 0 - 3 Jahre und nicht mehr so ausgeprägt für den Lebensabschnitt 4 - 10 Jahre, wenn man die neurotischen Depressionen alleine berücksichtigt (Tabelle 11).

Tabelle 11: RELATIVES RISIKO FÜR EINE NEUROTISCHE DEPRESSION IM ERWACHSENENALTER BEI PROBANDEN, DIE ÜBERWIEGEND NICHT BEI DEN (LEIBLICHEN) ELTERN AUFGEWACHSEN SIND.

	A l t e r			
	0 - 15	0 - 3	4 - 10	11 - 15
GESCHLECHT				
Männlich	2,1	2,0	1,7	2,3
Weiblich	1,6	2,0*	1,8*	1,5
SOZIALE SCHICHT DES PROBANDEN				
Ober-/Mittelschicht	1,6	2,2*	2,2	1,5
Unterschicht	1,7	1,8	1,4	1,7
SOZIALE SCHICHT DES VATERS				
Ober-/Mittelschicht	1,6	2,3*	2,3*	1,6
Unterschicht	1,6	1,6	1,2	1,6

* $p < 0,05$

Es ist also anzunehmen, daß die in Tabelle 10 dargestellten unterschiedlichen Raten von Männern und Frauen nicht auf neurotische Depressionen sondern auf andere Neuroseformen zurückzuführen sind.

Jedoch scheint die höhere Rate der Männer bezüglich des Kindheitsabschnittes 11 - 15 Jahre (Tabelle 10) besonders durch ein erhöhtes Risiko für eine neurotische Depression zustande zu kommen (Tabelle 11).

Wenn wir unter Berücksichtigung der sozialen Schicht des Probanden das relative Risiko für eine neurotische Depression kontrollieren, so stellen wir fest, daß für Probanden der Unterschicht die Raten insgesamt höher liegen (Tabelle 11) als die Raten, die sich auf das relative Risiko für eine Neurose beziehen (Tabelle 10).

Für die beiden ersten Altersstufen sind wiederum die Raten der Angehörigen der Ober- und Mittelschicht (2,2-faches bzw. 2,2-faches relatives Risiko) gegenüber den Raten der Unterschichtsangehörigen (1,8-faches bzw. 1,4-faches relatives Risiko) deutlich erhöht. Betrachten wir den ersten Altersabschnitt und den Abschnitt 0 - 15 Jahre, so sind jedoch die Werte der Unterschichtsangehörigen geringfügig höher (Tabelle 11).

Man könnte aus diesen Werten schließen, daß Angehörige der Unterschicht, sofern sie auf eine Trennung in der Kindheit reagieren, am ehesten mit einer neurotischen Depression reagieren.

Wenn wir bei den in Tabelle 7 dargestellten Werten des relativen Risikos für eine ambulante psychiatrische Behandlung das Geschlecht der Probanden berücksichtigen, so zeigt sich, daß diese Werte vor allem durch die hohen Raten bei Frauen zustande kommen (Tabelle 12).

Tabelle 12: RELATIVES RISIKO FÜR EINE AMBULANTE BEHANDLUNG IM ERWACHSENENALTER BEI PROBANDEN, DIE WÄHREND IHRER KINDHEIT ÜBERWIEGEND NICHT BEI DEN (LEIBLICHEN) ELTERN AUFGEWACHSEN SIND.

	A l t e r			
	0 - 15	0 - 3	4 - 10	11 - 15
GESCHLECHT				
Männlich	0,5	0,3	0,5	0,6
Weiblich	2,3***	2,2***	2,0***	1,9**
SOZIALE SCHICHT DES PROBANDEN				
Ober-/Mittelschicht	1,5	1,3	1,7	1,4
Unterschicht	1,7*	1,9*	1,4	1,5
SOZIALE SCHICHT DES VATERS				
Ober-/Mittelschicht	1,5	1,2	1,7	1,3
Unterschicht	2,0	2,4**	1,7	1,8

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$

Das relative Risiko für eine ambulante psychiatrische Behandlung ist bei den nicht bei den Eltern aufgewachsenen Frauen bezüglich aller Altersstufen signifikant höher.

Altersstufe 0 - 15 Jahre $\chi^2 = 16.71$

Altersstufe 0 - 3 Jahre $\chi^2 = 11.73$

Altersstufe 4 - 10 Jahre $\chi^2 = 10.92$

Altersstufe 11 - 15 Jahre $\chi^2 = 7.75$

jeweils 1 df.

Berücksichtigt man die soziale Schicht der Probanden, so ergeben sich für Unterschichtsangehörige gegenüber den Werten der Ober- und Mittelschichtangehörigen insgesamt höhere Raten. Eine Ausnahme ergibt sich bezüglich des Altersabschnittes 4 - 10 Jahre, in dem die Raten der Ober- und Mittelschichtangehörigen (1,7-faches Risiko) höher sind als die der Probanden aus der Unterschicht (1,4-faches Risiko) (Tabelle 12).

Ist der Vater der Probanden ein Angehöriger der Unterschicht, so ergeben sich mit Ausnahme der Altersstufe 4 - 10 Jahre, in der die Raten nicht variieren, insgesamt höhere Werte, als wenn der Vater der Ober- und Mittelschicht angehört.

Für den Abschnitt 0 - 3 Jahre ist die Rate der Probanden, deren Vater Unterschichtsangehöriger war, mit einem 2,4-fachen Risiko ($\chi^2 = 9.62$; 1 df; $p < 0,01$) zweimal höher als bei Probanden,

deren Vater der Ober- und Mittelschicht angehört (1,2-faches Risiko) (Tabelle 12).

Die Werte, die sich unter Berücksichtigung demographischer Merkmale für das relative Risiko für eine stationäre psychiatrische Behandlung ergeben, sind aufgrund der niedrigen Zahl der stationär psychiatrisch Behandelten in ihrer Aussagekraft stark eingeschränkt (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13: RELATIVES RISIKO FÜR EINE STATIONÄRE PSYCHIATRISCHE BEHANDLUNG IM ERWACHSENENALTER BEI PROBANDEN, DIE NICHT ÜBERWIEGEND BEI DEN (LEIBLICHEN) ELTERN AUFGEWACHSEN SIND.

	A l t e r			
	0 - 15	0 - 3	4 - 10	11 - 15
GESCHLECHT				
Männlich	0,7	1,3	1,1	0,8
Weiblich	2,0	1,0	1,2	1,6
SOZIALE SCHICHT DES PROBANDEN				
Ober-/Mittelschicht	1,2	1,0	1,9	0,8
Unterschicht	1,2	1,0	0,8	1,3
SOZIALE SCHICHT DES VATERS				
Ober-/Mittelschicht	1,5	3,0	1,3	1,2
Unterschicht	1,0	0,5	0,6	1,2

Von besonderer Bedeutung war die Frage, wo, wenn nicht bei den leiblichen Eltern, die Probanden während der Kindheit aufgewachsen sind.

Bei Probanden, die nicht bei den Eltern aufgewachsen sind, fand sich ein insgesamt höheres Risiko für eine psychische Erkrankung bzw. für eine psychiatrische Behandlung. Dieses höhere Risiko

Tabelle 14: RELATIVES RISIKO FÜR ERKRANKUNGEN IM ERWACHSENENALTER BEI PROBANDEN, DIE IN DER KINDHEIT ÜBERWIEGEND BEI ANDEREN BEZUGSPERSONEN ALS DEN (LEIBLICHEN) ELTERN AUFGEWACHSEN SIND.

Kindheit (0 - 15 J.) überwiegend aufgewachsen bei	RELATIVES RISIKO FÜR				
	Psychische Erkrankung	Neurose	Neurotische Depression	Psychiatr. Behandlung amb. stat.	
MUTTER					
Gesamt	1,0	1,3	1,7*	1,4	0,5
Männlich	1,2	1,3	2,1	0,6	0,5
Weiblich	0,9	1,3	1,7	1,8*	0,6
GROßELTERN					
Gesamt	1,2	1,2	1,8	1,7	2,4
Männlich	1,5	2,1	3,3	0	1,4
Weiblich	1,0	3,1	1,3	2,7**	3,6
ADOPTIV-/PFLEGEELTERN					
Gesamt	1,6*	1,9*	2,1*	2,0*	1,6
Männlich	1,1	2,1	1,9	0,5	1,0
Weiblich	1,8**	1,9*	2,2*	2,7***	2,1
IM HEIM					
Gesamt	2,6***	2,9**	1,7	6,4***	3,6
Männlich	1,7	1,7	A	2,9	3,0
Weiblich	2,9***	3,2**	A	3,6	4,2

A: Wert nicht berechnet für N (10

* p < 0,05

** p < 0,01

*** p < 0,001

ist, was psychische Erkrankungen allgemein, Neurosen und vor allem ambulante psychiatrische Behandlungen betrifft, besonders auf Probanden zurückzuführen, die im Heim aufgewachsen sind, gefolgt von denjenigen, die bei Adoptiv- oder Pflegeeltern aufgewachsen sind (Tabelle 14).

Probanden, die nur bei der Mutter aufgewachsen sind, scheinen, was psychische Erkrankungen insgesamt betrifft, keinem höheren Risiko ausgesetzt zu sein.

Wenn wir neurotische Depression alleine berücksichtigen, haben die bei Pflege- oder Adoptiveltern Aufgewachsenen mit einem 2,1-fachen Risiko ($\chi^2 = 6.60$; 1 df; $p < 0,05$), gefolgt von den bei der Mutter Aufgewachsenen mit einem 1,7-fachen Risiko ($\chi^2 = 4.64$; 1 df; $p < 0,05$), die höchsten Raten (Tabelle 14).

Kontrolliert man bei diesen Ergebnissen das Geschlecht, so zeigt sich, daß bei den hohen Raten der Probanden, die im Heim bzw. bei Pflege- oder Adoptiveltern aufgewachsen sind, die Frauen eine bedeutende Rolle spielen.

Dies gilt für das relative Risiko für psychische Erkrankungen, Neurosen und für ambulante und stationäre psychiatrische Behandlungen (Tabelle 14).

Bei den neurotischen Depressionen tragen vor allem Frauen, die bei Pflege- oder Adoptiveltern aufgewachsen sind, gefolgt von Männern, die von den Großeltern oder von der Mutter alleine versorgt worden sind, zu den insgesamt erhöhten Raten bei (Tabelle 14).

Tabelle 15: RELATIVES RISIKO FÜR ERKRANKUNGEN IM ERWACHSENENALTER BEI PROBANDEN, DIE IN DER KINDHEIT ÜBERWIEGEND BEI ANDEREN BEZUGSPERSONEN ALS DEN (LEIBLICHEN) ELTERN AUFGEWACHSEN SIND, NACH SCHICHT.

Kindheit (0 - 15 J.) überwiegend aufgewachsen bei	RELATIVES RISIKO FÜR				
	Psychische Erkrankung	Neurose	Neurotische Depression	Psychiatr. Behandlung	amb. stat.
MUTTER					
SOZIALE SCHICHT DES PROBANDEN					
Ober-/Mittelschicht	1,1	1,9	2,1*	1,1	0
Unterschicht	0,9	0,8	1,4	1,6	0,7
GROßELTERN					
SOZIALE SCHICHT DES PROBANDEN					
Ober-/Mittelschicht	1,7	1,1	0,8	1,8	2,7
Unterschicht	1,2	1,5	2,2	1,6	2,0
ADOPTIV-/PFLEGEELTERN					
SOZIALE SCHICHT DES PROBANDEN					
Ober-/Mittelschicht	0,9	1,1	1,5	2,2	0
Unterschicht	1,7*	2,1*	2,4*	1,8	1,7
IM HEIM					
SOZIALE SCHICHT DES PROBANDEN					
Ober-/Mittelschicht	1,5	1,3	A	4,0*	A
Unterschicht	2,8***	3,6***	A	2,6	A

A: Wert nicht berechnet für $N < 10$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Wenn wir die soziale Schicht der Probanden berücksichtigen, so zeigt sich, daß für die erhöhten Raten bezüglich der psychischen Erkrankungen und der Neurosen besonders Unterschichtsangehörige, die im Heim oder bei Adoptiv- oder Pflegeeltern aufgewachsen waren, verantwortlich sind (Tabelle 15).

Was neurotische Depressionen betrifft, haben Unterschichtsangehörige, die bei Adoptiv- oder Pflegeeltern aufgewachsen sind, sowie Ober- und Mittelschichtangehörige, die bei der Mutter aufgewachsen sind, die höchsten Raten (Tabelle 15).

Zu dem hohen relativen Risiko für eine ambulante psychiatrische Behandlung bei Probanden, die im Heim bzw. bei Adoptiv- oder Pflegeeltern aufgewachsen sind, tragen in besonderem Maße Angehörige der Ober- und Mittelschicht bei (Tabelle 15).

Von den Ursachen, die zur Trennung von den leiblichen Eltern während der Kindheit (0 - 15 Jahre) führten, haben wir den Tod von Vater oder Mutter besonders berücksichtigt. Wegen der geringen Fallzahl von Probanden, die ihre Eltern durch Tod verloren hatten (Tabelle 5), wurde nicht in weitere Kindheitsabschnitte unterteilt. Aus demselben Grunde wurde auch nicht weiter die Art der psychischen Erkrankung und der psychiatrischen Behandlung unterschieden.

Tabelle 16: RELATIVES RISIKO FÜR ERKRANKUNG IM ERWACHSENENALTER
BEI EREIGNIS VON TOD DES VATERS BZW. TOD DER MUTTER
IN DER KINDHEIT

In der Kindheit (0 - 15 Jahre)	R e l a t i v e s R i s i k o	
	für Psychische Erkrankung	für Psychiatrische Behandlung (amb. und/oder stat.)
TOD DES VATERS	1,1	1,1
TOD DER MUTTER	1,2	1,3

Tabelle 17: RELATIVES RISIKO FÜR EINE PSYCHISCHE ERKRANKUNG IM
ERWACHSENENALTER BEI PROBANDEN, DIE WÄHREND IHRER
KINDHEIT (0-15 Jahre) IHREN VATER BZW. IHRE MUTTER
VERLOREN HABEN.

Kindheit	Tod des Vaters	Tod der Mutter
GESAMT	1,1	1,2
GESCHLECHT		
Männlich	1,3	0,9
Weiblich	1,1	1,4
SOZIALE SCHICHT DES PROBANDEN		
Ober-/Mittelschicht	1,2	1,2
Unterschicht	1,1	1,2
ALTER DES PROBANDEN BEI BEFRAGUNG		
15 - 44 Jahre	1,2	0,6
45 Jahre und älter	1,0	1,3
UNTERSUCHUNGORT		
Palling	0,5	0,8
Traunreut	1,3	0,6
Traunstein	1,2	1,8

Das relative Risiko für eine psychische Erkrankung und für eine psychiatrische Behandlung ist bei Probanden, die ihren Vater oder ihre Mutter durch deren Tod verloren hatten, insgesamt erhöht, wobei beide Raten für Probanden, die ihre Mutter verloren haben, gegenüber den Probanden, die ihren Vater verloren haben, etwas höher liegen (Tabelle 16).

Kontrollieren wir die Werte des relativen Risikos für eine psychische Erkrankung auf soziodemographische Merkmale, so zeigt sich, daß die Raten bei Angehörigen der Unterschicht und bei Ober- und Mittelschichtangehörigen bezüglich des Todes der Mutter überhaupt nicht und bezüglich des Todes des Vaters nur geringfügig variieren (Tabelle 17).

Bei Verlust des gleichgeschlechtlichen Elternteils scheinen Männer und Frauen jeweils stärker betroffen zu sein (Tabelle 17). Junge und ältere Probanden unterscheiden sich nur geringfügig hinsichtlich der Werte des relativen Risikos, wenn der Vater während der Kindheit gestorben ist, jedoch ist das relative Risiko von jungen Probanden, die ihre Mutter verloren haben (.6-faches Risiko) ungefähr nur halb so groß wie bei älteren Probanden (1.3-faches Risiko), die dieses Ereignis während ihrer Kindheit erlebt haben (Tabelle 17).

5.3 Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse

Im folgenden soll mit Hilfe einer multiplen Regressionsanalyse die Bedeutung von Trennungserlebnissen in der Kindheit, von soziodemographischen Faktoren der Kindheit und von soziodemographischen Faktoren des Erwachsenenalters für das Vorhandensein bzw. den Schweregrad von psychischen Erkrankungen bewertet werden. Weiterhin soll die Bedeutung dieser Faktoren für die Inanspruchnahme einer psychiatrischen Behandlung bewertet werden.

Die beim ersten Querschnitt gestellte psychiatrische Diagnose bzw. das beim Interview eruierte Ereignis psychiatrische Behandlung stellt die abhängige Variable, die beim zweiten Querschnitt erhobenen Kindheitsvariablen und die soziodemographischen Faktoren des Erwachsenenalters stellen die unabhängigen Variablen dar.

Bezüglich der soziodemographischen Faktoren der Kindheit und des Erwachsenenalters ergab sich für den Schweregrad der psychischen Erkrankung bei einem multiplen Korrelationskoeffizienten von .24 und somit einem erklärten Varianzanteil von 5.8% folgende Regressionsgleichung (Gleichung 1)(für Gleichung 1 gilt, wie auch

für die folgenden Gleichungen: * = $p < .05$; ** = $p < .01$; *** = $p < .001$).

Gleichung 1

Schweregrad der psychischen Erkrankung =

+	.142***	Alter des Probanden
+	.135**	Soziale Schicht des Probanden
+	.087*	Kindheit:
		Beziehung der Eltern untereinander
+	.075*	Geschlecht
+	.048	Kindheit:
		Finanzielle Lage der Eltern
+	.038	Dummy 1:
		Aufgewachsen bei den Eltern / nicht bei den Eltern
+	.024	Soziale Schicht des Vaters
+	.018	Hausstand:
		Proband lebt allein / nicht allein
+	.011	Stellung in der Geschwisterreihe

Somit korreliert der Schweregrad einer psychischen Erkrankung vor allem mit dem Alter und der sozialen Schicht des Probanden.

Die Frage, ob der Proband bei den Eltern aufgewachsen ist oder nicht (Dummy 1 Variable), hat gegenüber diesen beiden Variablen mit einem Betagewicht von .038 einen relativ niedrigen Varianzanteil.

Bei der folgenden Regressionsgleichung wurde die Dummy 1 Variable durch die Variablen Dummy 2 (Tod der Mutter in der Kindheit) und Dummy 3 (Tod des Vaters in der Kindheit) ersetzt.

Es ergab sich bezüglich der soziodemographischen Faktoren der Kindheit und des Erwachsenenalters für den Schweregrad einer psychischen Erkrankung bei einem multiplen Korrelationskoeffizienten von .238 und somit einem erklärten Varianzanteil von 5.7% folgende Regressionsgleichung (Gleichung 2):

Gleichung 2

Schweregrad der psychischen Erkrankung =

+	.144***	Alter des Probanden
+	.136***	Soziale Schicht des Probanden
+	.095**	Kindheit:
		Beziehung der Eltern untereinander
+	.075*	Geschlecht
+	.053	Kindheit:
		Finanzielle Lage der Eltern
+	.025	Soziale Schicht des Vaters
+	.024	Dummy 2:
		Tod der Mutter in der Kindheit
-	.017	Hausstand:
		Proband lebt allein / nicht allein
+	.011	Stellung in der Geschwisterreihe
-	.005	Anzahl der Geschwister

Es zeigt sich, daß bei alleiniger Berücksichtigung der Trennungsursache "Tod der Mutter" bzw. "Tod des Vaters" der Anteil an der erklärten Varianz noch geringer ist (Betagewicht des Ereignisses "Tod der Mutter" .024, für "Tod des Vaters" kleiner als .005), als wenn - wie bei Gleichung 1 geschehen -

andere Trennungseignisse (z.B. "broken home") berücksichtigt werden (Gleichung 2).

Bezüglich der soziodemographischen Faktoren der Kindheit und des Erwachsenenalters ergab sich unter Berücksichtigung der Dummy 1 Variablen für den Schweregrad von Neurosen bei einem multiplen Korrelationskoeffizienten von .260 und damit einem erklärten Varianzanteil von 6.8% folgende Regressionsgleichung:

Gleichung 3

Schweregrad der Neurose =

+	.148***	Geschlecht
+	.111**	Kindheit:
		Finanzielle Lage der Eltern
+	.094*	Soziale Schicht des Probanden
+	.086*	Alter des Probanden
+	.064*	Dummy 1:
		Aufgewachsen bei den Eltern /
		nicht bei den Eltern
+	.063	Kindheit:
		Beziehung der Eltern untereinander
-	.038	Hausstand:
		Proband lebt allein / nicht allein
-	.037	Soziale Schicht des Vaters
-	.006	Anzahl der Geschwister

Unter Berücksichtigung der Dummy 2 bzw. der Dummy 3 Variablen ergab sich bei einem multiplen Korrelationskoeffizienten von .256 und somit einem erklärten Varianzanteil von 6.5% für die Neurosen

folgende Regressionsgleichung:

Gleichung 4

Schweregrad der Neurose =

+	.149***	Geschlecht
+	.114***	Kindheit:
		Finanzielle Lage der Eltern
+	.095*	Soziale Schicht des Probanden
+	.089*	Alter des Probanden
+	.078*	Kindheit:
		Beziehung der Eltern untereinander
-	.038	Soziale Schicht des Vaters
-	.036	Hausstand:
		Proband lebt allein / nicht allein
-	.027	Dummy 3:
		Tod des Vaters in der Kindheit
-	.025	Dummy 2:
		Tod der Mutter in der Kindheit
-	.009	Anzahl der Geschwister

Bei Neurosen erklärt das Geschlecht, die finanzielle Lage der Eltern in der Kindheit, gefolgt von der sozialen Schicht des Probanden und dem Alter des Probanden die höchsten Varianzanteile (Gleichungen 3 und 4).

Unter Berücksichtigung aller Trennungsursachen in der Kindheit (Dummy 1 in Gleichung 3) wird mit einem Betagewicht von .064 ein wesentlich höherer Anteil der Gesamtvarianz erklärt, als wenn ausschließlich der Tod der Eltern berücksichtigt wird (Betagewicht für "Tod des Vaters" .027, für "Tod der Mutter" .025

/ Gleichung 4).

Bezüglich der soziodemographischen Faktoren der Kindheit und des Erwachsenenalters unter Berücksichtigung der Dummy 1 Variable ergab sich für "neurotische Depression" bei einem multiplen Korrelationskoeffizienten von .257 und somit einem erklärten Varianzanteil von 6,6% folgende Regressionsgleichung:

Gleichung 5

Schweregrad der neurotischen Depression =

+	.130***	Geschlecht
+	.110**	Alter des Probanden
+	.101**	Kindheit:
		Finanzielle Lage der Eltern
+	.086**	Dummy 1:
		Aufgewachsen bei den Eltern / nicht bei den Eltern
+	.083*	Soziale Schicht des Probanden
-	.058	Soziale Schicht des Vaters
-	.044	Hausstand:
		Proband lebt allein / nicht allein
+	.029	Kindheit:
		Beziehung der Eltern untereinander
+	.017	Anzahl der Geschwister
+	.007	Stellung in der Geschwisterreihe

Unter Berücksichtigung der Dummy 2 bzw. der Dummy 3 Variablen ergab sich bei einem multiplen Korrelationskoeffizienten von .246 und somit einem erklärten Varianzanteil von 6,0% für neurotische

Depressionen folgende Regressionsgleichung:

Gleichung 6

Schweregrad der neurotischen Depression =

+	.129***	Geschlecht
+	.116***	Alter des Probanden
+	.105**	Kindheit:
		Finanzielle Lage der Eltern
+	.085*	Soziale Schicht des Probanden
-	.058	Soziale Schicht des Vaters
+	.049	Kindheit:
		Beziehung der Eltern untereinander
-	.041	Hausstand:
		Proband lebt allein / nicht allein
-	.031	Dummy 3:
		Tod des Vaters
+	.014	Zahl der Geschwister
+	.009	Stellung in der Geschwisterreihe

Bei neurotischen Depressionen werden nach den Gleichungen 5 und 6 die höchsten Varianzanteile durch das Geschlecht, das Alter und durch die finanzielle Lage der Eltern in der Kindheit erklärt. Unter Berücksichtigung aller Ursachen, die in der Kindheit dazu geführt haben können, daß der Proband überwiegend nicht bei den leiblichen Eltern aufgewachsen ist (Dummy 1), ergab sich für diese Variable mit einem Betagewicht von .086 ein relativ hoher Wert (Gleichung 5); dagegen ergab die besondere Berücksichtigung des Todes von Vater oder Mutter als Ursache der Eltern-Kind

Trennung (Dummy 2 bzw. Dummy 3) wesentlich niedrigere Werte ("Tod des Vaters" .31, "Tod der Mutter" Betagewicht unter .005 / Gleichung 6).

Bei den folgenden Regressionsanalysen stellt das beim Interview eruierte Ereignis "frühere psychiatrische Behandlung" die abhängige Variable dar.

Bezüglich der soziodemographischen Faktoren der Kindheit und des Erwachsenenalters ergab sich für das Ereignis "frühere psychiatrische Behandlung ambulant" unter Berücksichtigung der Dummy 1 Variable bei einem Korrelationskoeffizienten von .180 und somit einem erklärten Varianzanteil von 3.2% folgende Regressionsgleichung:

Gleichung 7

Ambulante psychiatrische Behandlung =

+	.108***	Geschlecht
+	.079	Soziale Schicht des Probanden
+	.060	Dummy 1:
		Aufgewachsen bei den Eltern / nicht bei den Eltern
+	.048	Alter des Probanden
+	.043	Kindheit:
		Beziehung der Eltern untereinander
+	.030	Kindheit:
		Finanzielle Lage der Eltern
+	.027	Anzahl der Geschwister
-	.023	Soziale Schicht des Vaters
-	.021	Hausstand:
		Proband lebt allein / nicht allein
-	.016	Stellung in der Geschwisterreihe

Unter Berücksichtigung der Dummy 2 bzw. der Dummy 3 Variablen ergab sich bei einem multiplen Korrelationskoeffizienten von .170 und somit einem erklärten Varianzanteil von 2.8% für das Ereignis "ambulante psychiatrische Behandlung" folgende Regressionsgleichung:

Gleichung 8

Ambulante psychiatrische Behandlung =

+	.107***	Geschlecht
+	.080	Soziale Schicht des Probanden
+	.057	Kindheit:
		Beziehung der Eltern untereinander
+	.053	Alter des Probanden
+	.035	Kindheit:
		Finanzielle Lage der Eltern
+	.024	Anzahl der Geschwister
-	.023	Soziale Schicht des Vaters
-	.019	Hausstand:
		Proband lebt allein / nicht allein
-	.014	Stellung in der Geschwisterreihe
+	.007	Dummy 3:
		Tod des Vaters
+	.005	Dummy 2:
		Tod der Mutter

Nach den Gleichungen 7 und 8 korreliert das Ereignis "ambulante psychiatrische Behandlung" vor allem mit dem Geschlecht und dem

Alter der Probanden. Die Berücksichtigung aller Ursachen für Eltern-Kind Trennungen (Dummy 1) ergibt für diese Variable ein Betagewicht von .060 (Gleichung 7).

Die alleinige Berücksichtigung des Todes der Eltern als Trennungsursache ergibt sowohl für das Ereignis "Tod des Vaters" (.007) als auch für das Ereignis "Tod der Mutter" (.005) wesentlich niedrigere Werte und damit einen geringeren Anteil an der Gesamtvarianz (Gleichung 8).

Bezüglich der soziodemographischen Faktoren der Kindheit und des Erwachsenenalters ergab sich für das Ereignis "frühere stationäre psychiatrische Behandlung" unter Berücksichtigung der Dummy 1 Variablen bei einem multiplen Korrelationskoeffizienten von .136 und somit einem erklärten Varianzanteil von 1.8% folgende Regressionsgleichung:

Gleichung 9

<u>Stationäre psychiatrische Behandlung =</u>		
+	.094*	Soziale Schicht des Probanden
-	.068	Stellung in der Geschwisterreihe
+	.059	Anzahl der Geschwister
-	.058	Kindheit:
		Finanzielle Lage der Eltern
-	.053	Hausstand:
		Proband lebt allein / lebt nicht allein
+	.038	Alter des Probanden
+	.021	Dummy 1:
		Aufgewachsen bei den Eltern / nicht bei den Eltern
-	.010	Geschlecht
-	.009	Soziale Schicht des Vaters
+	.006	Kindheit:
		Beziehung der Eltern untereinander

Unter Berücksichtigung der Dummy 2 bzw. der Dummy 3 Variablen ergab sich bei einem multiplen Korrelationskoeffizienten von .135 und somit einem erklärten Varianzanteil von 1.8% für das Ereignis "stationäre psychiatrische Behandlung" folgende Regressionsgleichung:

Gleichung 10

Stationäre psychiatrische Behandlung =

+	.094*	Soziale Schicht des Probanden
+	.058	Anzahl der Geschwister
-	.056	Kindheit:
		Finanzielle Lage der Eltern
-	.053	Hausstand:
		Proband lebt allein / lebt nicht allein
+	.040	Alter des Probanden
+	.011	Kindheit:
		Beziehung der Eltern untereinander
-	.010	Geschlecht
+	.009	Soziale Schicht des Vaters
+	.005	Dummy 2:
		Tod der Mutter

Die von uns bei den unabhängigen Variablen berücksichtigten Faktoren erklären für das Ereignis "stationäre psychiatrische Behandlung" nur 1,8% der Gesamtvarianz, wobei die soziale Schicht der Probanden am meisten mit dem Ereignis korreliert.

6. DISKUSSION

Den Ausgangspunkt dieser Arbeit bildet eine Feldstudie in drei oberbayerischen Gemeinden.

Die Interviews erfolgten in zwei Querschnitten (1975 bis 1977 und 1980 bis 1983).

Der hier vorgelegten Untersuchung liegt die Frage zugrunde, ob und inwieweit ein Zusammenhang besteht zwischen vom Interviewer diagnostizierten psychischen Erkrankungen und Trennungs- und Verlustereignissen, die in der Kindheit der Probanden stattgefunden haben.

Eine empirische Analyse des Zusammenhanges zwischen Belastungsfaktoren in der Kindheit und dem Auftreten von psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter ist prospektiv wie auch retrospektiv mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden.

Wählt man als Methode eine in der frühen Kindheit beginnende langfristig angelegte Longitudinalstudie, in der soziale Belastungsfaktoren wie auch psychische Erkrankungen sehr differenziert in ihrem zeitlichen Verlauf erfaßt werden können, so muß man wegen der langen Dauer mit einer großen Zahl von Ausfällen in der Untersuchungspopulation rechnen, was eine Einschränkung der Repräsentativität der Aussagen zur Folge hat.

Da eine Prospektivstudie regelmäßige Nachuntersuchungen erfordert, besteht nach PFLANZ (1973) die Gefahr, daß man die Untersuchungspopulation hinsichtlich bestimmter Merkmale verändert, wenn Nachuntersuchungen zu häufig vorgenommen werden. Auf der anderen Seite muß man einen erheblichen Informationsverlust in Kauf nehmen, wenn die zeitlichen Abstände zwischen den Untersuchungen zu groß werden.

Greift man, wie bei der vorliegenden Arbeit geschehen, auf retrospektive, an Erwachsenen vorgenommene Erhebungen zurück, so besteht die Gefahr, daß Kindheitsvariablen vor allem wegen mangelnder Erinnerbarkeit nur in sehr begrenztem Umfang erfaßt werden können. FINLAY-JONES und Mitarbeiter (1981) führten an einer repräsentativen Stichprobe von 244 Erwachsenen mit einem Durchschnittsalter von 38 Jahren eine Reliabilitätsstudie durch. In einem Abstand von acht Monaten stellten sie dieselben Fragen, um festzustellen, inwieweit bis zum 14. Lebensjahr erfahrene Trennungssituationen in gleicher Weise berichtet werden. Es zeigte sich, daß sich nur bei Tod der Eltern und Trennung bzw. Scheidung der Eltern eine sehr hohe Übereinstimmung von 100% bzw. 92% ergab. Bei anderen Lebensereignissen wie "father goes to war" (73%), "parent leaves home to find work" (53%) und Trennungsergebnissen aufgrund eines Krankenhaus- oder Internatsaufenthaltes (50%) war die Übereinstimmung so niedrig, daß die Autoren empfah-

len, allein aus Reliabilitätsgründen auf die Erhebung dieser Items zu verzichten.

Eine Untersuchung von BARRACLOUGH & BUNCH (1973) hat ergeben, daß zwar der Tod von Vater oder Mutter zuverlässig berichtet wird, jedoch Ungenauigkeiten bei der zeitlichen Datierung vorliegen, die umso stärker ausgeprägt sind, je weiter der Tod zurückliegt. Ein Vergleich mit den Todesbescheinigungen ergab bei 60% der Probandenangaben eine genaue Übereinstimmung mit dem Todesjahr, bei 20% betrug die Abweichung ein Jahr, bei 9% zwei Jahre und bei 11% drei und mehr Jahre.

Das Problem der direkten Kontamination, das sich bei der retrospektiven Datenerhebung ergibt, wurde bereits in Kapitel 4.6.2 ausführlich diskutiert.

Um die oben angeführten Fehlermöglichkeiten bezüglich der Reliabilität von retrospektiv erhobenen Daten möglichst gering zu halten, entschlossen wir uns, nur die Tatsache, daß Probanden in bestimmten Kindheitsabschnitten überwiegend getrennt von ihren leiblichen Eltern aufgewachsen sind, als Indikator für Trennungserlebnisse zu benutzen, wobei der Tod der Eltern als Ursache für die Trennung besonders berücksichtigt wurde.

Durch dieses Vorgehen haben wir allerdings in Kauf genommen, daß Trennungen, die nur einige Wochen andauerten, nicht berücksichtigt wurden, so lange sie nicht dazu führten, daß die Probanden in einem Abschnitt der Kindheit überwiegend von den Eltern getrennt waren.

Definiert man Trennung von den Eltern als Trennung von mindestens einer Woche Dauer (so geschehen bei TENNANT et al., 1980b, 1981b), so besteht die Gefahr, daß diese Daten nach FINLAY-JONES (1981) mit einer ungenügenden Reliabilität behaftet sind.

Zusammenfassend können wir feststellen, daß bei Probanden, die nicht bei den Eltern aufgewachsen sind, das relative Risiko für eine psychische Erkrankung, vor allem aber für eine psychiatrische Behandlung, erhöht ist (Tabelle 18).

Tabelle 18: RELATIVES RISIKO BEI PROBANDEN, DIE WÄHREND IHRER KINDHEIT ÜBERWIEGEND NICHT BEI DEN (LEIBLICHEN) ELTERN AUFGEWACHSEN SIND

ALTER	RELATIVES RISIKO FÜR	
	PSYCHISCHE ERKRANKUNG	AMBULANTE PSYCHIATRISCHE BEHANDLUNG
0 - 3 Jahre	1,4*	1,7**
4 - 10 Jahre	1,3	1,6*
11 - 15 Jahre	1,1	1,5*
0 - 15 Jahre	1,1	1,7**

* = $p(0,05$; ** = $p(0,01$

Ein höheres relatives Risiko als für psychische Erkrankungen allgemein ergibt sich für Neurosen und vor allem für neurotische Depressionen (Tabelle 7).

In allen Fällen trugen dazu vor allem Probanden bei, die entweder im Heim, bei Pflege- oder Adoptiveltern oder bei den Großeltern aufgewachsen waren (Tabelle 14).

Die Kontrolle soziodemographischer Merkmale ergab bei psychischen Erkrankungen bezüglich des Geschlechts und der sozialen Schicht Raten, die nicht wesentlich variierten (Tabelle 9).

Bei Neurosen und neurotischen Depressionen jedoch wiesen Frauen und Angehörige der Ober- und Mittelschicht deutlich höhere Raten auf als Männer bzw. Unterschichtsangehörige (Tabellen 10 und 11).

Die Werte des relativen Risikos für eine psychiatrische Behandlung bei Probanden, die nicht überwiegend bei den Eltern aufgewachsen sind, ergeben sich besonders aus den deutlich erhöhten Raten der Frauen (Tabellen 12 und 13). Diese Ergebnisse unterstützen teilweise die Beobachtungen von TENNANT und Mitarbeitern, die bei ihren Londoner Studien fanden, daß Eltern-Kind Trennungen während der Kindheit einen sehr viel stärkeren Einfluß auf das psychiatrische Krankheitsverhalten als auf die wahre Prävalenz psychischer Erkrankungen hatten (TENNANT et al.,

1980b, 1981b). Die Autoren diskutieren in diesem Zusammenhang, ob Eltern-Kind Trennungen im Kindesalter weniger für eine psychische Erkrankung als für ein verändertes Krankheitsverhalten verantwortlich zu machen sind, welches seinerseits eher zu psychiatrischen Überweisungen führt. Sie beziehen sich dabei auf BIRTCHNELL (1975, 1978), der einen Zusammenhang zwischen Verlust der Eltern in der Kindheit und Persönlichkeitseigenschaften wie Abhängigkeit (dependency) und Hypochondrie nachweist.

Es könnte sein, daß Probanden mit dieser Persönlichkeitsstruktur häufiger ärztliche Hilfe suchen und deshalb öfter zu Psychiatern überwiesen werden.

Dies würde auch erklären, warum bei den Studien von BROWN (1961), DENNEBY (1966) und BIRTCHNELL (1970a) Elternverlust in der Kindheit bei psychiatrischen Patienten wesentlich häufiger auftrat als bei Probanden, die nicht in psychiatrischer Behandlung waren.

Die Kontrolle soziodemographischer Merkmale durch TENNANT und Mitarbeiter (1980b, 1981b) ergab übereinstimmend mit den hier vorliegenden Ergebnissen, daß vor allem Frauen für die hohen Raten bezüglich der Inanspruchnahme psychiatrischer Dienste verantwortlich waren.

Weiterhin fanden sie, daß vor allem Probanden, die während der Kindheit der Oberschicht angehört hatten, zu den hohen Inan-

sprachnahmeraten beitrugen (TENNANT et al., 1980b). Dies steht im Gegensatz zu den vorliegenden Ergebnissen, wonach Probanden, deren Vater der Unterschicht angehört, ein höheres relatives Risiko für eine ambulante psychiatrische Behandlung haben als Probanden, deren Vater Ober- oder Mittelschichtangehöriger ist (Tabelle 12).

Die alleinige Berücksichtigung von stationären psychiatrischen Behandlungen (Tabelle 13) würde die von TENNANT und Mitarbeitern (1980b) erzielten Ergebnisse bezüglich der Schichtzugehörigkeit stützen.

Eine weitere Übereinstimmung mit den hier vorliegenden Ergebnissen bezüglich des erhöhten relativen Risikos für Probanden, die Elternverlust erlebt hatten, ergibt sich mit der Studie von LANGNER & MICHAEL (1963), die in Manhattan (New York City) durchgeführt wurde.

Die Autoren fanden, daß Probanden, deren Familie vor ihrem siebten Lebensjahr auseinandergebrochen war, häufiger psychiatrische Symptome aufwiesen, als von Durchschnittswerten zu erwarten gewesen wäre.

Einen weitaus größeren Anteil von psychisch Auffälligen fanden DOHRENWEND & FIGUEREIDO (1983) bei Probanden, die vor dem elften

Lebensjahr Elternverlust erlitten hatten (25%) als bei Probanden, die bei den leiblichen Eltern aufgewachsen waren (12,6%). Diese Ergebnisse müssen jedoch wegen der geringen Fallzahl (19 Probanden) und der hohen Verweigerungsrate von ungefähr 50% relativiert werden.

Bei der alleinigen Berücksichtigung des Todes von Vater oder Mutter als Ursache für Eltern-Kind Trennung in der Kindheit zeigte sich, wie TENNANT und Mitarbeiter fanden, weder ein Zusammenhang zwischen Tod der Eltern und psychischen Erkrankungen, noch ein Zusammenhang zwischen Tod der Eltern und der Inanspruchnahme psychiatrischer Dienste.

Die häufigere Inanspruchnahme dieser Dienste durch Probanden, die während der Kindheit von ihren Eltern getrennt waren, muß also durch andere Trennungseignisse als den Tod der Eltern verursacht worden sein. Dies wird auch durch die hier vorliegenden Ergebnisse bestätigt. Tabelle 16 zeigt, daß bei alleiniger Berücksichtigung des Todes der Eltern als Trennungsursache das relative Risiko sowohl für eine psychische Erkrankung als auch für eine psychiatrische Behandlung nur leicht erhöht ist, wobei die Raten bezüglich psychischer Erkrankung einerseits und psychiatrischer Behandlung andererseits wesentlich geringer variieren als bei der Berücksichtigung aller Trennungsursachen, wo die Inanspruchnahme wesentlich höher war

als die Prävalenzrate (vergl. Tabelle 18).

Eine mögliche Erklärung für die unterschiedlichen Auswirkungen der verschiedenen Trennungsursachen könnte darin liegen, daß der Tod eines Elternteils häufig ein plötzliches Ereignis darstellt, vor dessen Eintreten die Beziehungen der Familienmitglieder untereinander durchaus normal gewesen sein können, wohingegen den Trennungen aus anderen Gründen (z.B. Scheidung) oft grundlegende und langandauernde familiäre Schwierigkeiten und Störungen zugrunde liegen.

Zu den Ergebnissen der multiplen Regressionsanalysen können wir zusammenfassend feststellen:

Für die abhängige Variable "Schweregrad einer psychischen Erkrankung" gilt unter Berücksichtigung aller Ursachen für eine Eltern-Kind Trennung während der Kindheit, daß die von uns berücksichtigten unabhängigen Variablen (soziodemographische Faktoren der Kindheit und des Erwachsenenalters sowie Trennungs- und Verlusterlebnisse während der Kindheit) nur 5,8% der Gesamtvarianz erklären (Gleichung 1).

Bei alleiniger Berücksichtigung des Ereignisses Tod des Vaters bzw. der Mutter als Ursache der Eltern-Kind Trennung während der Kindheit ergibt sich ein erklärter Varianzanteil von 5,7%

(Gleichung 2). In beiden Fällen ließen sich durch die Erwachsenenvariablen "Alter des Probanden" und "Soziale Schicht des Probanden" die größten Anteile der Gesamtvarianz erklären (Gleichungen 1 und 2).

Dieses Ergebnis unterstützt die Beobachtungen von TENNANT und Mitarbeitern (1982a), die für ihre multiple Regressionsanalyse "symptomatische psychiatrische Störungen" (bestimmt mit Hilfe des PSE nach WING et al. 1972, 1974) als abhängige Variable gewählt haben und fanden, daß bei einem erklärten Varianzanteil von insgesamt 15,1% soziodemographische Faktoren des Erwachsenenalters einen weitaus größeren Anteil der Gesamtvarianz erklären (9%) als Variablen, die sich auf Trennungs- und Verlustereignisse in der Kindheit bezogen (5,5%).

Eine weitere Übereinstimmung mit der Londoner Studie ergab sich bei der alleinigen Berücksichtigung des Todes der Eltern als Ursache für die Eltern-Kind Trennung, wobei ein geringerer Anteil der Gesamtvarianz erklärt wurde, als wenn andere Ursachen (z.B. Scheidung) mitberücksichtigt wurden.

Tabelle 19 zeigt die Anteile an der Gesamtvarianz, die die verschiedenen Trennungsursachen nach der Londoner Studie erklären (nach TENNANT et al., 1982a).

Tabelle 19: Nach TENNANT et al., 1982a

INDIVIDUELLE VERLUST- UND DEPRIVATIONSVARIABLE, DIE MEHR ALS 0,5% ZU DER GESAMTVARIANZ BEITRAGEN.

Ereignis	Altersstufe	Prozentualer Anteil an der Gesamtvarianz
Zusammenbruch der Fürsorgesphäre (disruption of locus of care)	(5 - 10 J.)	1.37 %
Trennung von beiden Eltern	(11 - 15 J.)	.94 %
Zusammenbruch der Fürsorgesphäre	(11 - 15 J.)	.80 %
Tod der Mutter	(11 - 15 J.)	.77 %
Trennung von der Mutter	(11 - 15 J.)	.68 %
Nicht bei den leiblichen Eltern aufgewachsen	(11 - 15 J.)	.64 %
Zusammenbruch der Fürsorgesphäre	(0 - 4 J.)	.63 %
Tod des Vaters	(11 - 15 J.)	.55 %
Allein beim Vater aufgewachsen	(0 - 4 J.)	.52 %

Die möglichen Ursachen für die unterschiedliche Bedeutung von Trennungen, die durch den Tod der Eltern verursacht sind und anderen Trennungsursachen wurden bereits am Ende des vorhergehenden Kapitels diskutiert.

TENNANT et al. diskutieren weiterhin die Möglichkeit, daß der

Varianzanteil von 5,5%, der sich bei der Londoner Studie für Trennungs- und Verlusterlebnisse in der Kindheit ergab, zu hoch sein könnte, weil zwei Drittel der Londoner Probanden, bei denen psychische Störungen festgestellt wurden, an Depressionen litten und somit die Möglichkeit gegeben sei, daß die retrospektiv von den Probanden erfragten Angaben zur Kindheit teilweise von der depressiven Stimmung der Probanden beeinflusst sein könnten.

Dieser Aspekt ist sicherlich auch bei der Beurteilung der von uns durchgeführten Regressionsanalyse zu beachten, da neben Daten wie Angaben zum Tod der Eltern, die eine hohe Reliabilität besitzen, auch Variablen berücksichtigt werden, die stark von der subjektiven Einschätzung der Probanden und damit auch von der Stimmungslage zum Zeitpunkt des Interviews abhängen (z.B. "Kindheit: Beziehung der Eltern untereinander").

Nach TENNANT und Mitarbeitern (1980a) ist von einer klinischen Sichtweise kein starker Zusammenhang zwischen Trennungs- und Verlustereignissen während der Kindheit auf psychische Erkrankungen im Erwachsenenalter zu erwarten, besonders wenn wir den oft langen zeitlichen Abstand zwischen Ereignis und Befragung sowie die Tatsache berücksichtigen, daß zahlreiche, retrospektiv nur schwer zu erfassende intervenierende Variablen den von uns untersuchten Zusammenhang beeinflussen.

Deshalb überrascht es nicht, daß auch bei der hier vorgelegten

Studie in den meisten Fällen das relative Risiko für Probanden, die Trennungs- und Verlustereignisse in der Kindheit erlebt hatten, unter "2" lag, und daß diese Ereignisse bei der multiplen Regressionsanalyse weniger als ein Prozent der Gesamtvarianz erklären.

7. ZUSAMMENFASSUNG

Den Ausgangspunkt dieser Arbeit bildet eine Feldstudie in drei oberbayerischen Gemeinden. Sie basiert auf den Daten von 1536 Probanden aus der Verwaltungsstadt Traunstein, der Industriestadt Traunreut und aus der Landgemeinde Palling. Die Stichprobe wurde anhand der Einwohnerkartei nach Zufallskriterien ausgewählt. Die Interviews erfolgten in zwei Querschnitten (1975 bis 1977 und 1980 bis 1983).

Das Ziel der Arbeit bestand darin, mit Hilfe der Daten herauszufinden, ob bestimmte Trennungs- und Verlustereignisse, die sich in der Kindheit der Probanden ereignet haben, für bei Probanden diagnostizierte psychische Erkrankungen ätiologisch von Bedeutung sind.

Die Fallidentifikation erfolgte mit Hilfe des von GOLDBERG und Mitarbeitern (1970) entwickelten halbstrukturierten Interviews, das speziell zum Gebrauch in Feldstudien konzipiert wurde.

Wir untersuchten den Einfluß von Trennungs- und Verlustereignissen während der Kindheit auf die psychiatrische Morbidität einerseits und auf die Inanspruchnahme ambulanter bzw. stationärer psychiatrischer Dienste andererseits, wobei der Tod von Vater oder Mutter als Trennungsursache während der Kindheit

besonders berücksichtigt wurde. Um einen eventuellen Zusammenhang zwischen den Kindheitsvariablen und der psychiatrischen Morbidität bzw. der Inanspruchnahme psychiatrischer Dienste zeigen zu können, bedienten wir uns der von ALDERSON (1976) und PAYKEL (1978) beschriebenen Darstellungsmethode mit Hilfe des relativen Risikos.

Wir konnten feststellen, daß bei Probanden, die nicht bei den Eltern aufgewachsen sind, das relative Risiko für eine Erkrankung, vor allem aber für eine psychiatrische Behandlung erhöht ist. Ein höheres relatives Risiko als für psychische Erkrankungen allgemein ergibt sich für Neurosen und vor allem für neurotische Depressionen. Dazu tragen vor allem Probanden bei, die im Heim und bei Pflege- oder Adoptiveltern aufgewachsen sind.

Die Kontrolle soziodemographischer Merkmale ergab bei psychischen Erkrankungen bezüglich des Geschlechts und der sozialen Schicht Raten, die nicht wesentlich variierten. Bei Neurosen und neurotischer Depression jedoch wiesen Frauen und Angehörige der Ober- und Mittelschicht deutlich höhere Raten auf als Männer bzw. Unterschichtangehörige.

Die erhöhten Raten des relativen Risikos für eine psychiatrische Behandlung bei Probanden, die nicht überwiegend bei den Eltern aufgewachsen waren, ergeben sich besonders aus den deutlich

erhöhten Werten der Frauen.

Die alleinige Berücksichtigung des Todes von Vater oder Mutter als Ursache für Eltern-Kind Trennungen in der Kindheit ergab sowohl für psychische Erkrankungen als auch für Inanspruchnahme psychiatrischer Dienste ein jeweils nur leicht erhöhtes relatives Risiko.

Weiterhin sollte mit Hilfe einer multiplen Regressionsanalyse die Bedeutung von soziodemographischen Faktoren der Kindheit, von Trennungs- und Verlustereignissen in der Kindheit sowie von soziodemographischen Merkmalen des Erwachsenenalters für das Auftreten einer psychischen Erkrankung im Erwachsenenalter bewertet werden.

Wir können zusammenfassend feststellen:

Für die abhängige Variable "Schweregrad der psychischen Erkrankung" gilt unter Berücksichtigung aller Ursachen für eine Eltern-Kind Trennung während der Kindheit, daß die von uns berücksichtigten unabhängigen Variablen (neben den Trennungs- und Verlustereignissen noch soziodemographische Merkmale der Kindheit und des Erwachsenenalters) nur 5,8% der Gesamtvarianz erklären.

Bei alleiniger Berücksichtigung des Ereignisses "Tod des Vaters bzw. Tod der Mutter" als Ursache der Eltern-Kind Trennung ergab sich ein erklärter Varianzanteil von 5,7%. In beiden Fällen

ließen sich mit den Erwachsenenvariablen "Alter des Probanden" sowie "Soziale Schicht des Probanden" die größten Anteile an der Gesamtvarianz erklären, wobei Trennungs- und Verlustereignisse während der Kindheit weniger als 1 % der Gesamtvarianz erklärten.

ANHANG

Anhang 1

Zur multiplen Regressionsanalyse

Merkmalsausprägungen der Variablen:

- Schweregrad psychiatrischer Diagnose¹:

0 = Keine Beeinträchtigung

1 = Leichte Beeinträchtigung

2 = Mäßige Beeinträchtigung

3 = Starke Beeinträchtigung

4 = Sehr starke Beeinträchtigung

- Neurose

Merkmalsausprägung 1 bis 4

- Neurotische Depression

Merkmalsausprägung 1 bis 4

1) Näheres zur Bestimmung des Schweregrades findet sich in Kapitel "Methodischer Rahmen: Bestimmung des Schweregrades für das "Klinisch-Psychiatrische Interview nach Goldberg"

- Geschlecht

0 = männlich

1 = weiblich

- Hausstand

0 = Proband lebt in Einpersonenhaushalt

1 = Proband lebt in Mehrpersonenhaushalt

- Soziale Schicht des Probanden nach MOORE-KLEINING (1960)

1 = Oberschicht

2 = Obere Mittelschicht

3 = Untere Mittelschicht

4 = Obere Unterschicht

5 = Untere Unterschicht

- Soziale Schicht des Vaters

Merkmalsausprägungen wie bei der sozialen Schicht der Probanden.

- Kindheit: Beziehung der Eltern untereinander

0 = sehr gut

1 = gut

2 = mäßig

3 = schlecht

4 = sehr schlecht

- Kindheit: Finanzielle Lage

0 = sehr gut

1 = gut

2 = mäßig

3 = schlecht

4 = sehr schlecht

- Stellung in der Geschwisterreihe

0 = Einzelkind

1 = Ältestes Kind

2 = Mittleres Kind

3 = Jüngstes Kind

- Dummy 1

0 = bei beiden leiblichen Eltern aufgewachsen

1 = nicht bei beiden leiblichen Eltern aufgewachsen

- Dummy 2

Mutter starb als der Proband zwischen

0 und

15 Jahre alt war

0 = nein

1 = ja

- Dummy 3

Vater starb als der Proband zwischen

0 und

15 Jahre alt war

0 = nein

1 = ja

8. LITERATURVERZEICHNIS

- Alderson, M. (1976). An Introduction to Epidemiology. First Published by. London and Basingstock: The Macmillan Press Ltd.
- Barraclough, B.M., Bunch, J. (1973). Accuracy of Dating Parent Deaths: Recollected Dates Compared with Death Certificate Dates. British Journal of Psychiatry, 123, 573-574.
- Beck, A.T., Sethi, B., Tuthill, R.W. (1963). Childhood Bereavement and Adult Depression. Archives of General Psychiatry, 9, 295-302.
- Birtchnell, J. (1970c). Depression in Relation to Early and Recent Parent Death. British Journal of Psychiatry, 116, 299-306.
- Birtchnell, J. (1970a). Early Parent Death and Mental Illness. British Journal of Psychiatry, 116, 281-288.
- Birtchnell, J. (1970b). Recent Parent Death and Mental Illness. British Journal of Psychiatry, 116, 289-297.
- Birtchnell, J. (1970d). The Relationship between Attempted Suicide, Depression and Parent Death. British Journal of Psychiatry, 116, 307-313.
- Birtchnell, J. (1971a). Case Register Study of Bereavement. Proceedings of the Royal Society of Medicine (Vol. 64). 279-282.
- Birtchnell, J. (1971b). Early Parent Death in Relation to Sibship Size and Composition in Psychiatric Patients and General Population Controls. Acta Psychiatrica Scandinavica, 47, 250.
- Birtchnell, J. (1972a). Early Parent Death and Psychiatric Diagnosis. Social Psychiatry, 7, 202-210.
- Birtchnell, J. (1972b). The Inter-Relationship Between Social Class, Early Parent Death and Mental Illness. Psychological Medicine, 2, 166-175.
- Birtchnell, J. (1975). The Personality Characteristics of Early Bereaved Psychiatric Patients. Social Psychiatry, 10, 97-103.
- Birtchnell, J. (1978). Early Parent Death and the Clinical Scales of the MMPI. British Journal of Psychiatry, 132, 574-579.

- Brown, F. (1961). Depression and Childhood Bereavement. *Journal of Mental Science*, 107, 754-777.
- Brown, F. (1966). Childhood Bereavement and Subsequent Psychiatric Disorder. *British Journal of Psychiatry*, 112, 1035.
- Brown, G.W., Harris, T. (1977). Depression and Loss. *British Journal of Psychiatry*, 130, 1-18.
- Brugger, C. (1937). Psychiatrische Bestandsaufnahme im Gebiet eines medizinisch-anthropologischen Zensus in der Nähe von Rosenheim. *Z ges Neurol Psychiat*, 160, 189-207.
- Brugger, C. (1931). Versuch einer Geisteskrankenzählung in Thüringen. *Z ges Neurol Psychiat*, 133.
- Brugger, C. (1933). Psychiatrische Ergebnisse einer medizinischen, anthropologischen und soziologischen Bevölkerungsuntersuchung. *Z ges Neurol Psychiat*, 146, 489-524.
- Crook, T., Eliot, J. (1980). Parental Death during Childhood and Adult Depression: A Critical Review of the Literature. *Psychological Bulletin*, 87, 252-259.
- Crook, T., Raskin, A. (1975). Association of Childhood Parental Loss with Attempted Suicide and Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 277.
- Denneby, C. (1966). Childhood Bereavement and Psychiatric Illness. *British Journal of Psychiatry*, 112, 1049-1069.
- Dilling, H., Weyerer, S. (1980). Behandelte und nicht behandelte psychiatrische Morbidität in der Bevölkerung. Eine Untersuchung zur Inanspruchnahme ärztlicher Institutionen durch Personen mit psychischen Erkrankungen in drei Gemeinden Oberbayerns. Bericht an die Deutsche Forschungsgemeinschaft über das Projekt A 10 im Sonderforschungsbereich 116.
- Dilling, H., Weyerer, S. (1984). Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung bei Erwachsenen und Jugendlichen. In Dilling, H., Weyerer, S., Castell, R. (Ed.), *Psychische Erkrankungen in der Bevölkerung*. Stuttgart: Enke Verlag.
- Dilling, H., Weyerer, S., Enders, J. (1978). Patienten mit psychischen Störungen in der Allgemeinpraxis und ihre Überweisungsbedürftigkeit. In Häfner, H. (Ed.), *Psychiatrische*

Epidemiologie. Heidelberg-New York: Springer Verlag.

- Dohrenwend, B.P., Figuereido, J.M. (1983). Remote and Recent Life Events and Psychopathology. In Ricks, Dohrenwend, B.S. (Ed.), Origins of Psychopathology. Problems in Research and Public Policy. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dohrenwend, B.P., Shrout, P.E., Egri, G., Mendelson, F.S. (1980). Nonspecific psychological distress and other dimensions of psychopathology. Archives of General Psychiatry, 33, 1229-1236.
- Finlay-Jones, R., Scott, R., Duncan-Jones, P., Byrne, D., Henderson, S. (1981). The Reliability of Reports of Early Separations. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 15, 27-31.
- Forrest, A.D., Frazer, R.H., Priest, R.G. (1965). Environmental Factors in Depressive Illness. British Journal of Psychiatry, 111, 243-253.
- Gay, M.J., Tonge, W.C. (1967). The Late Effects of Loss of Parents in Childhood. British Journal of Psychiatry, 113, 753-759.
- Goldberg, D.P., Cooper, B., Eastwood, M.R., Kedward, H.B., Shepherd, M. (1970). A Standardized Psychiatric Interview for Use in Community Surveys. British Journal of Preventive and Social Medicine, 24, 18-23.
- Gregory, J. (1966). Retrospective Data Concerning Childhood Loss of a Parent. I. Archives of General Psychiatry, 15, 354.
- Gregory, J. (1966). Retrospective Data Concerning Childhood Loss of a Parent. II. Archives of General Psychiatry, 15, 362.
- Hill, O.W. (1969). The Association of Childhood Bereavement with Suicide Attempts. British Journal of Psychiatry, 115, 301-304.
- Hill, O.W., Price, J.S. (1967). Childhood Bereavement and Adult Depression. British Journal of Psychiatry, 113, 743-751.
- Katschnig, H. (1980). Sozialer Streß und psychische Erkrankung. München-Wien-Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 167-168.
- Langner, T.S., Michael, S.T. (1963). Life Stress and Mental Health. New York: Free Press.

- Levi, L.D., Fales, C.H., Stein, M. (1966). Separation and Attempted Suicide. Archives of General Psychiatry, 15.
- Lienert, G.A. (1969). Testaufbau und Testanalyse. Weinheim-Berlin-Basel: Beltz.
- Moore, H., Kleinig, G. (1960). Das soziale Selbstbild der Gesellschaftsschichten in Deutschland. Kölner Zeitschrift für soziologische und soziale Psychologie, 12, 86-119.
- Munro, A. (1966). Parental Bereavement in Depressive Patients. British Journal of Psychiatry, 112, 443-457.
- Munro, A., Griffiths, A.B. (1969). Some Psychiatric Non-Sequelae of Childhood Bereavement. British Journal of Psychiatry, 115, 305-311.
- Nelson, G. (1982). Parental Death During Childhood and Adult Depression: Some Additional Data. Social Psychiatry, 17, 37-42.
- Nie, N., Hall, C.H., Jenkins, J.G., Steinbrenner, K., Bent, D. (1975). Statistical Package for the Social Sciences. New York: McGraw-Hill.
- Paykel, E.S. (1978). Contribution of Life Events to Causation of Psychiatric Illness. Psychological Medicine, 8, 245-253.
- Petroni, F.A., Griffin, C. (1970). The Influence of Social Class and Family Size on Adult Psychiatric Outpatients. Bull Menninger Clin, 34, 148-160.
- Pflanz, M. (1973). Allgemeine Epidemiologie. Stuttgart: Thieme.
- Roy, A. (1981). Role of Past Loss in Depression. Archives of General Psychiatry, 38.
- Tennant, C., Bebbington, P., Hurry, J. (1980a). Parental Death in Childhood and Risk of Adult Depressive Disorders: A Review. Psychological Medicine, 10, 289-299.
- Tennant, C., Bebbington, P., Hurry, J. (1982a). Social Experiences in Childhood and Adult Psychiatric Morbidity: A Multiple Regression Analysis. Psychological Medicine, 12, 321-327.
- Tennant, C., Hurry, C., Bebbington, P. (1980b). Parent-Child Separations During Childhood: Their Relations to Adult Psychiatric

- Morbidity and to Psychiatric Referall: Preliminary Findings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 285, 324-331.
- Tennant, C., Hurry, J., Bebbington, P. (1982b). The Relationship of Childhood Separation Experiences to Adult Depressive and Anxiety States. *British Journal of Psychiatry*, 141, 475-482.
- Tennant, C., Smith, A., Bebbington, P. (1981). Relationship to Adult Psychiatric Impairment and Contact with Psychiatric Services. *Archives of General Psychiatry*, 38, 309-314.
- Wing, J.K., Cooper, J.E., Sartorius, N. (1974). *Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wing, J.K., Hailey, A. (1972). *Evaluating a Community Psychiatric Service*. London: Oxford University Press.
- Zintl-Wiegand, A., Schmidt-Maushart, C., Leisner, R., Cooper, B. (1978). *Psychische Erkrankungen in Mannheimer Allgemeinpraxen. Eine klinische und epidemiologische Untersuchung*. In Häfner, H. (Ed.), *Psychiatrische Epidemiologie*. Berlin-Heidelberg-New York: Springer.

LEBENS LAUF

Wolfgang MÖHRLE

Geboren:

3. Mai 1958

Geburtsort:

Kirchheim / Teck

Schulbildung:

1965 - 1969

Grundschule in Nürtingen

1969 - 1978

Neusprachliches Gymnasium Nürtingen

1978

Abitur in Nürtingen

Berufstätigkeit:

1978 - 1980

Tätigkeit als Sanitäter in Freiburg/Br.

Studium:

1980 -

Seit Sommersemester 1980

Studium der Medizin an der

Ludwig-Maximilian Universität München

März 1982

Physikum

März 1983

Erstes Staatsexamen

März 1985

Zweites Staatsexamen

seit April 1985

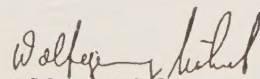
Student im Praktischen Jahr

Doktorarbeit:

1982 - 1985

Von Mai 1982 bis März 1985 Arbeit
an der vorliegenden Dissertation.

München, im April 1985


Wolfgang Möhrle

